

1^{RA} EDICIÓN

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista



1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica** con una mirada humanista

María José Alay García

Doris Susana Delgado Bernal

Cristina Monserrate Pisco Soledispa

Edwin Damián Rodríguez Delgado

Alexandra Marianela Anchundia López

Yandry José Cifuentes Velásquez

Silvia Lorena Balarezo Cedeño

Martha María Quijije Castro

Tatiana Alejandra Villavicencio García

Nataly Daniela Pachay Pachay

Delia Georgina Bravo Bonoso

Erick Ismael Álava Bravo

Autores Investigadores



1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**

con una mirada humanista

AUTORES

INVESTIGADORES

María José Alay García

Licenciada en Enfermería; Hospital Verdi Cevallos Balda; Portoviejo, Ecuador;

✉ marijosealay0497@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-3239-4863>

Doris Susana Delgado Bernal

Doctora en Ciencias Biomédicas; Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;

Licenciada en Enfermería;

Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador;

✉ doris.delgado@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-5614-2567>

Cristina Monserrate Pisco Soledispa

Magister en Gerencia en Salud Para el Desarrollo Local;

Licenciada en Ciencias de la Enfermería;

Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda; Portoviejo, Ecuador;

✉ crisphyna@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0006-7749-0521>

Edwin Damián Rodríguez Delgado

Magíster en Gestión del Cuidado;

Licenciado en Ciencias de la Enfermería;

Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador;

✉ edwindamianrodriguez86@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-0552-8245>

Alexandra Marianela Anchundia Lopez

Magíster en Emergencias Médicas;

Licenciada en Ciencias de la Enfermería;

Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador;

✉ alexmary15you@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-5846-8958>

Yandry José Cifuentes Velásquez

Licenciado en Enfermería;
Maestrante en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería;
Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador;
✉ yandrii_1994@hotmail.es
ID <https://orcid.org/0009-0006-9402-1209>

Silvia Lorena Balarezo Cedeño

Licenciada en Enfermería;
Maestrante en Epidemiología y Salud Pública;
Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador;
✉ sbalarezocedeno@gmail.com
ID <https://orcid.org/0009-0003-5921-8004>

Martha María Quijije Castro

Magíster en Epidemiología;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador;
✉ martyquij@yahoo.com
ID <https://orcid.org/0009-0002-9422-4840>

Tatiana Alejandra Villavicencio García

Licenciada en Enfermería;
Maestrante en Gestión del Cuidado;
Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador;
✉ t.a.v.g_14@hotmail.es
ID <https://orcid.org/0009-0001-6916-2695>

Nataly Daniela Pachay Pachay

Licenciada en Enfermería;
Centro de Salud "Cuba Libre"; Manta, Ecuador;
✉ danielitamanta@hotmail.com
ID <https://orcid.org/0009-0007-1051-3810>

Delia Georgina Bravo Bonoso

Doctora en Ciencias Biomédicas; Magíster en Emergencias Médicas;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;
✉ delia.bravo@unesum.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0003-4787-8403>

Erick Ismael Alava Bravo

Técnico Superior en Enfermería;
Estudiante de Psicología Clínica; Universidad Técnica de Manabí;
Portoviejo, Ecuador;
✉ ismaelalava16@gmail.com
ID <https://orcid.org/0000-0002-2328-2755>

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**

con una mirada humanista

REVISORES

ACADÉMICOS

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Especialista en Medicina General de Familia;
PhD. en Ciencias de la Educación; PhD. en Desarrollo Social;
Médico Cirujano; Docente Titular en la Carrera de
Enfermería de la Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;

✉ xiomaparicio199@hotmail.com;

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

Ana Luisa Cañizales Jota

Magister en Docencia para la Educación Superior;
Licenciada en Enfermería; Licenciada en Educación Integral;
Docente Titular Auxiliar 1 de la Universidad Metropolitana;
Quito, Ecuador;

✉ analuisajota12@gmail.com;

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-6426-912X>

Catálogo Bibliográfico

AUTORES:

María José Alay García
Doris Susana Delgado Bernal
Cristina Monserrate Pisco Soledispa
Edwin Damián Rodríguez Delgado
Alexandra Marianela Anchundia López
Yandry José Cifuentes Velásquez
Silvia Lorena Balarezo Cedeño

Martha María Quijije Castro
Tatiana Alejandra Villavicencio García
Nataly Daniela Pachay Pachay
Delia Georgina Bravo Bonoso
Erick Ismael Álava Bravo

Título: Enfermería: Atención médico quirúrgica con una mirada humanista

Descriptor: Ciencias médicas, Enfermería, Atención Médica, Procedimientos médicos, Patología clínica.

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.73069/AL324

Área: Ciencias de la Salud

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-622-83-9

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2023

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 167

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-83-9>

URL: <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/80>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Enfermería: Atención médico quirúrgica con una mirada humanista**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos y por el equipo profesional de la editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: Lcdo. Alejandro Plúa Argoti

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Dirección de corrección: Mg. Yamara Galanton.

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Índices

Contenidos



Prólogo -----	12
Introducción -----	14
Capítulo I. Generalidades de la enfermería intensiva quirúrgica-----	17
<i>María José Alay García</i>	
Capítulo II. Fundamentos del instrumental médico quirúrgico-----	31
<i>Doris Susana Delgado Bernal</i>	
Capítulo III. Distribución de las áreas quirúrgicas en centro asistenciales-----	52
<i>Cristina Monserrate Pisco Soledispa</i>	
Capítulo IV. Principios generales de bloque quirúrgico y enfermería de anestesia-----	65
<i>Edwin Damián Rodríguez Delgado</i>	
Capítulo V. Valoración preanestésica-----	77
<i>Alexandra Marianela Anchundia López</i>	
Capítulo VI. Monitorización y seguimiento de paciente quirúrgico-----	90
<i>Yandry José Cifuentes Velásquez</i>	
Capítulo VII. Consideraciones del paciente en reanimación-----	97
<i>Silvia Iorena Balarezo Cedeño</i>	
Capítulo VIII. Caracterización del cuidado domiciliario de enfermería-----	103
<i>Martha María Quijije Castro</i>	
Capítulo IX. Una cuestión de ética-----	112
<i>Tatiana Alejandra Villavicencio García</i>	
Capítulo X. Nociones biofísicas y psicosociales en el área de la salud-----	120
<i>Nataly Daniela Pachay Pachay</i>	
Capítulo XI. Cuidados de Enfermería en el paciente crítico médico-quirúrgico-----	128
<i>Delia Georgina Bravo Bonoso</i>	
Capítulo XII. Abordaje psicológico a pacientes quirúrgico-----	142
<i>Erick Ismael Álava Bravo</i>	
Conclusiones -----	153
Referencias -----	155

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Índices

Tablas



Tabla 1. Evolución del cuidado	21
Tabla 2. Proceso de atención en enfermería (PAE)	23
Tabla 3. Guía para las observaciones de Enfermería con la implementación de las taxonomías NNN en Salud Ocupacional	24
Tabla 4. Factores de riesgo en un acto quirúrgico	35
Tabla 5. Clasificación del instrumental quirúrgico	42
Tabla 6. Clasificación de instrumentos quirúrgicos	43
Tabla 7. Definiciones en el ámbito de la desinfección	50
Tabla 8. Clasificación de los distintos tipos de quirófanos según las intervenciones	57
Tabla 9. Consideraciones ergonómicas para mejorar postura en quirófano	58
Tabla 10. Ámbitos de gestión hospitalaria	68
Tabla 11. Ejemplos de indicadores de actividad y eficiencia en el bloque quirúrgico	69
Tabla 12. Zonificación del bloque quirúrgico	71
Tabla 13. Funciones de la Enfermería Anestésica	75
Tabla 14. Clasificación ASA	82
Tabla 15. Exámenes de rutina preoperatorios	83
Tabla 16. Escalas de riesgo	86
Tabla 17. Riesgo quirúrgico global	87
Tabla 18. Puntos críticos de verificación	95
Tabla 19. Complicaciones postoperatorias	99
Tabla 20. Principios éticos para considerar la reanimación cardiopulmonar	101
Tabla 21. Principales objetivos de la atención domiciliaria	105
Tabla 22. Principales servicios de toda atención domiciliaria	106
Tabla 23. Recomendaciones generales al alta	108
Tabla 24. Recomendaciones específicas al alta	109
Tabla 25. Estrategias para fortalecer el cuidado	110
Tabla 26. Caracterización de los dilemas éticos de las representaciones percibidas por los profesionales de enfermería	117
Tabla 27. Categorización de los retos que representan los dilemas éticos en la humanización para la enfermería	118
Tabla 28. Factores del cuidado según la teoría de Watson.	123
Tabla 29. Dimensiones del cuidado humanizado	127

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Índices

Figuras



.....

Figura 1. Modelo teórico—explicativo del Fenómeno PAE	26
Figura 2. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.....	34
Figura 3. Distribución del personal en áreas estériles y no estériles.....	38
Figura 4. Distribución del personal y elementos principales dentro del pabellón quirúrgico	39
Figura 5. Mobiliario en el pabellón quirúrgico.....	40
Figura 6. Instrumental quirúrgico básico clasificado por funciones	41
Figura 7. Indumentaria quirúrgica. Bata	46
Figura 8. Distribución de regiones estériles.....	47
Figura 9. Factores que determinan el proceso de limpieza	49
Figura 10. División de áreas quirúrgicas dentro de una institución sanitaria.....	56
Figura 11. Representación gráfica de los criterios ergonómicos para el diseño de quirófanos	59
Figura 12. Circuitos para la configuración de (a) pasillo doble y (b) pasillo único.....	60
Figura 13. Flujograma de circulación de pacientes	61
Figura 14. Flujograma de circulación de personal	62
Figura 15. Flujograma de recorrido de medicamentos, materiales e instrumentos.....	63
Figura 16. Organización de un centro de salud.....	64
Figura 17. Definición de gestión del bloque quirúrgico	70
Figura 18. Componentes de relación médico paciente en la conceptualización del riesgo.....	88
Figura 19. Etapas de una visita domiciliaria.....	107
Figura 20. Cuidado profesional de enfermería	115
Figura 21. Dimensión Biofísica y Dimensión psicosocial	125
Figura 22. Proceso enfermero.....	141

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Prólogo



«La enfermería es un arte progresivo, en el cual permanecer inactivo es haber fracasado.»

La Enfermería tiene características que la hacen única en la prestación de servicios de atención a la salud que requieren de un acondicionamiento y capacitación precisos para trabajar con el arte, la disciplina y la ciencia que hacen única a esta profesión.

La atención de enfermería es un aspecto que requiere una formación clínica estandarizada. Esto se debe a que las acciones deben realizarse de forma rápida, coordinada y precisa, y el razonamiento clínico y la toma de decisiones se ven obstaculizados por la sobrecarga del contexto cognitivo.

Este libro resulta una fuente de información general y estructurada, basada en investigaciones y estudios referentes al cuidado de enfermería intensiva quirúrgica y, como esta es concebida desde todo el personal que labora en instituciones sanitarias, así como, en los organismos internacionales, se desarrolla los fundamentos generales de esta disciplina y su impacto en el bloque quirúrgico.

El punto central de la profesión, se basa en la ética del cuidado, la cual es responsable del cuidado formal de las personas y las comunidades, una profesión históricamente creada por mujeres sensibles a la salud. Cargada emocional y éticamente por prejuicios de género, es necesario considerar el espacio asignado a la esfera emocional en la enfermería formal como una característica íntima y exclusiva de la naturaleza social de la profesión.

Es por esto que, constituye una bibliografía esencial y recomendado para cualquier profesional de la salud o miembro de la comunidad que pueda encontrarse con un paciente en paro cardíaco. Todos los capítulos del libro describen muchos aspectos de esta condición clínica en un formato actualizado, brindando una perspectiva integral, práctica del tratamiento y el quehacer de la practica enfermera.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Introducción



El cuidado de la salud humana se remonta a la antigüedad y se aborda en el libro más antiguo de la Biblia, que describe el cuidado de los leprosos o madres que cuidan a sus hijos. La enfermería ha pasado de ser una práctica familiar a un arte, un oficio, una disciplina, una profesión con su propia base científica.

Por su parte, la enfermería se remonta a la antigüedad y se considera un arte y profesión de atención al paciente, la enfermería es una especialidad que se caracteriza por su independencia de otros campos de la atención médica, la cooperación integral, llegando a convertirse en el eslabón principal de cada centro médico.

En este sentido, la profesión de enfermería se entiende como una profesión humanística que cuyo objetivo es promover la salud y la resiliencia de los pacientes en los distintos niveles de atención. Actualmente, esta carrera ha alcanzado un alto nivel educativo, contribuyendo a mejorar sus conocimientos sobre la calidad de la atención médica a través del conocimiento científico y tecnológico a nivel hospitalario.

Así mismo, la intervención de enfermería en un centro quirúrgico incluye brindar apoyo específico en la respuesta del individuo ante la presencia de un problema o enfermedad; Actualmente, los procedimientos quirúrgicos constituyen gran parte de las actividades diarias de la enfermería, por lo tanto, para brindar cuidados especializados y conocimientos efectivos en humanidades, es fundamental la profesionalización de la enfermería.

Ahora bien, el campo quirúrgico está plagado de riesgos debido a las herramientas, manipulaciones y violaciones de las barreras naturales que se realizan en los pacientes. Mantener una técnica aséptica adecuada durante la cirugía es un principio fundamental que ayuda a reducir el riesgo de infección quirúrgica y garantizar la seguridad del paciente durante su estancia en el quirófano.

Es por ello que, el rol de los cuidados de enfermos en las unidades de cuidados intensivos o zonas quirúrgicas, se basa en participar idealmente en todos los procesos terapéuticos encaminados a restablecer las funciones vitales alteradas en los pacientes críticos y recuperar los valores límite necesarios para preservar la vida de los pacientes, limitando en la medida de lo posible secuelas, que ponen en riesgo su calidad de vida.

El presente libro, tiene como objetivo describir los aspectos fundamentales de la enfermería inesiva quirúrgica, consta de X capítulos basados principalmente en el cuidado y la atención de enfermería en el área quirúrgica. Es

así como, el capítulo I abre con las generalidades de la enfermería intensiva quirúrgica, como esta es concebida, su función y objetivos dentro de las áreas sanitarias preestablecidas.

Se continua con el capítulo II y III, IV donde se desarrolla básicamente la importancia del instrumental quirúrgico y toda la organización de las áreas quirúrgicas que se ubican dentro del bloque quirúrgico. Posteriormente, los capítulos V y VI describen la importancia de la valoración preanestésica, así como la monitorización y control de los pacientes sometidos a algún tipo de cirugía sea invasiva o no.

Ya entrando en los capítulos VII y VIII se aborda el paciente como tema central desde su reanimación y posibles consecuencias postquirúrgicas, así como, su atención domiciliaria y tratamientos, enfocándose en la calidad de atención en los cuidados enfermeros.

Finalmente, los capítulos IX y X se orientan más concretamente a la ética enfermera, visualizando la acción de cuidados desde la integralidad, por medio de los procesos biofísicos y psicosociales y teorías que han servido de base para el desarrollo, eficaz y eficiente de la profesión.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

I

Generalidades de la enfermería intensiva quirúrgica

María José Alay García

 <https://orcid.org/0000-0002-3239-4863>



La enfermería se remonta a la antigüedad y es considerada el arte y profesión de cuidar al paciente. La disciplina se caracteriza por la independencia de otros departamentos de salud y la cooperación integral con ellos, convirtiéndose en un vínculo importante en cualquier institución de salud.

La historia de la enfermería muestra que Florence Nightingale fue la primera enfermera profesional reconocida, nacida en Florencia, Italia y criada en Derbyshire, Inglaterra, en una familia de alto estatus social, donde se dedicó al dox de la ciencia.

Desde la posición de Guía (2019), es considerable la contribución realizada por Nightingale, con sus innovaciones basadas en la ciencia, logrando superar el modelo asistencial tradicional, fundamentado en los buenos sentimientos y en el sectarismo religioso, para sustituirse por una asistencia sanitaria científica, que precisaba una rigurosa formación del personal de enfermería (p.36).

El cuidado

El cuidado ha existido desde el comienzo de la historia de la humanidad y adopta muchas formas. Las escrituras antiguas describen cómo nuestros antepasados cuidaron de sí mismos y de su grupo social o familia a través de diversas actividades para sobrevivir.

Méndez, Morales, & Cruz (2019), describen el cuidado como el modo de ser ético o responsable por el que una persona se compadece y se esmera poniendo atención en su propio ser, el medio social donde vive o en las demás personas que lo rodean (p.88).

Teniendo en cuenta a García & Llopis (2021), el buen cuidado dispensado por los profesionales de enfermería debe cumplir con las siguientes características:

- En primer lugar, no hacer daño y proteger del daño. Implica no perjudicar al paciente, no intervenir sobre él de manera que pueda quedar perjudicado. Se trata de ejercer el principio de la no maleficencia de forma colectiva.
- En segundo lugar, hacer el mayor bien posible. El buen cuidado está comprometido con el bien de las personas que son cuidadas, esto es, con lograr su beneficio.
- En tercer lugar, respetar a la persona tal y como es. El cuidado debe respetar a las personas.

- En cuarto y último lugar, desarrollarse en el marco de la justicia. Es el arte de combinar cuidado y justicia, logrando alcanzar el “cuidado justo” (p.54).

Además, el cuidado de enfermería se enfoca en mantener y conservar la vida de la persona. Para Collantes & Clavo (2020), el cuidado es la función primordial dentro de la profesión de enfermería, que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona, por lo tanto, estos cuidados son de carácter integral (p.12).

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha generado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo del cuidado humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” (Collantes & Clavo, 2020, p.12).

Tal y como lo afirmara García & Llopis (2021), el acto del cuidado existe siempre en el seno de una relación interpersonal y pone en juego aspectos tan importantes como la integridad, la intimidad, los valores y creencias de la persona (p.50).

En otras palabras, esta situación exige que las enfermeras realicen este trabajo de forma consciente, libre y responsable, reflexiva, decidida e independiente, orientada al beneficio de las personas.

Lo anterior es, importante si consideramos el cuidado como esencia de la enfermería al trabajar con pacientes; Sin embargo, este cuidado va más allá de lo que se siente en la enfermería, se extiende más allá del paciente y de cualquier centro donde se practique la enfermería.

La enfermería

La enfermería se podría definir como una ciencia y un arte.

De acuerdo con Guía (2019), es una ciencia humanística dedicada a promover y mantener la salud y a prevenir la enfermedad, asistir y rehabilitar al individuo enfermo para fortalecer la coherencia e integridad de los seres humanos (p. 38).

La enfermería también orienta y reorienta los patrones de interacción entre el individuo y su entorno, logrando así el desarrollo del máximo potencial de salud; esta es la única ciencia que promueve la unidad y se centra en el objetivo de la enfermería de mejorar la salud y la felicidad.

De igual forma, la enfermería es considerada una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar (Guía, 2019, p.39).

También, para Rea & Arteaga (2021), la profesión de enfermería se define como la protección y mejora de la salud, prevención de enfermedades y lesiones, el alivio del sufrimiento por medio de diagnóstico y tratamiento, y la promoción de la asistencia a los individuos, familias (p.47).

La enfermería tuvo mejor reconocimiento en el momento en que Florence Nightingale, uniendo sus ideales de servicio a los demás junto con sus conocimientos estadísticos, realizó una excelente labor en la guerra de Crimea (Méndez, Morales, & Cruz, 2019, p.88). En consecuencia, empezó a aseverar que la investigación es el camino del conocimiento de la enfermería.

La labor de la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales: la vida humana, la dignidad de la persona y la libertad, lo que convierte a la enfermería en una auténtica práctica moral (García & Llopis, 2021, p.50). Esto significa que, esta condición requiere que los profesionales desarrollen tanto competencias técnicas basadas en conocimientos teóricos como habilidades prácticas; por ejemplo, la capacidad moral inspirada en el aspecto de la solidaridad surge como respuesta a la condición humana vulnerable.

La enfermera es responsable de conseguir y mantener conocimientos y habilidades específicas de acuerdo a las diferentes funciones y responsabilidades que adquieren en su rol profesional. Además, también son las encargadas de brindar cuidados y asegurar confort a los pacientes durante la atención sanitaria (Casanova, 2021, p.31).

De acuerdo con Casanova (2021), la enfermera tiene habilidades y características como:

- Cuidadora cuando ayuda a los pacientes a recuperar la salud, a manejar la enfermedad y sus síntomas, así como también cuando ayuda a alcanzar un nivel de independencia a través de sus cuidados.
- Defensora cuando protege los derechos humanos y legales del paciente y asegura una atención sanitaria.
- Educadora porque explica a los pacientes los conceptos y los hechos acerca de la salud y muestra actividades que promueven el autocuidado.

- Comunicadora porque mantiene la relación enfermera-paciente y permite conocer las habilidades, fortalezas y sus necesidades.
- Directora ya que coordina las actividades de los servicios y de los cuidados enfermeros de los miembros del equipo de enfermería.
- Consejera, la enfermera es la responsable de proporcionar información, escuchar objetivamente y ser comprensiva y que inspire confianza. No toma decisiones, pero ayuda a los pacientes a tomar sus propias decisiones (p. 31).

Evolución histórica de la enfermería

Desde la antigüedad el cuidado ha sido considerado una actividad humana relacionada con la continuidad y mantenimiento de la vida. Esta actividad fue realizada desde el principio por monjas que, además de cuidar, ayudar y consolar a los demás, también deseaban encontrar a Dios en medio de su dolor y sufrimiento.

Para comprender la historia de la enfermería es necesario conocer las cuatro etapas que forman parte de la evolución de los cuidados. Estas etapas fueron identificadas por Collière en su libro Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería (Casanova, 2021), las cuales se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Evolución del cuidado.

Etapas	Características
Etapa domestica del cuidado	Esta etapa corresponde a la prehistoria y a las primeras civilizaciones, en la cual el cuidado del grupo es una responsabilidad exclusivamente de las mujeres asegurando así la supervivencia de la humanidad. Durante este tiempo la mujer se dedicaba a la recolección de vegetales, experimentar y conocer las propiedades curativas de cada uno de ellos para luego usarlos en su comunidad.
Etapa vocacional del cuidado	Esta segunda etapa comprende el inicio del mundo cristiano, la edad media y el mundo moderno. Es también considerada como la evolución del cuidado enfermero y se centra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano momento en el que el concepto salud-enfermedad adquiere un significado religioso y son considerados como designios de Dios.

Etapa técnica del cuidado	<p>Esta tercera etapa abarca los siglos XIX y XX. En estas épocas la salud pasa a ser considerada como una lucha contra la enfermedad y pierde la connotación religiosa. La enfermería se basa en la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales como auxiliares de la medicina, realizando actividades como: medición de signos vitales, curaciones, administración de medicamentos y entre otros tratamientos. Para el siglo XX la medicina se centra en buscar el factor causal responsable de la enfermedad.</p> <p>El progreso de la medicina en el mundo moderno y el desarrollo de la bacteriología permitió que la lucha contra la enfermedad mejorara a través de la vacunación.</p>
Etapa Profesional	<p>Esta cuarta etapa surge a partir del año 1950 en donde la enfermería se consolida como una disciplina que cuenta con conocimientos propios y responsabilidad en la atención a la salud de la población. Las enfermeras se encargaron de formar profesionales, dirigir y 31 organizar servicios de enfermería e investigaciones.</p>

Nota. Información tomada de Generalidades para el cuidado enfermero en el examen de habilitación profesional de enfermería de Casanova (2021), en repositorio digital de la Universidad Estatal del Sur de Manabí (p.28).

Proceso de atención de enfermería

La enfermería se caracteriza por brindar cuidados basados en conocimientos y métodos específicos; esto ha permitido desarrollar una forma propia de trabajo, el Proceso de Experiencia Enfermería (PAE), que es un conjunto de procesos lógicos, dinámicos y sistemáticos para brindar cuidados, sustentados en evidencia científica.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método de toma de decisiones y resolución de problemas más documentado internacionalmente.

Este, se conforma de 5 fases: valoración, diagnóstico, planeación, intervención y evaluación; y para la consolidación de esta base de conocimientos es esencial la adecuada comprensión de los diagnósticos de enfermería (NANDA-I), los resultados del paciente (NOC) y las intervenciones enfermeras (NIC) (Nuñez, Ramírez, Gil, Abarca, & Solis, 2023)

Según plantean González, y otros (2022), en la actualidad, el PAE para la gestión del cuidado ha cambiado con la incorporación de las taxonomías de enfermería:

- North american Nursing Diagnosis Association (NANDA)
- Nursing Outcomes Classification o sistema de clasificación de resultados (NOC)
- Nursing Interventions Classification o sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)

De hecho, estas taxonomías se han convertido en un lenguaje reconocido internacionalmente, compatible con cualquier modelo o teoría de enfermería.

El PAE es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas, a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, se organiza en cinco fases cíclicas, que se interrelacionan y son progresivas las cuales se muestran en la tabla 2

Tabla 2. Proceso de atención en enfermería (PAE).

Proceso de atención enfermería	
Fase	Características
Fase 1 Valoración.	Identifica los factores y situaciones que guíen la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.
Fase 2. Diagnostico	Es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar, para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería.
Fase 3 Planificación	Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera –paciente) para prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados en base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades.
Fase 4 Ejecución	Es la aplicación del plan de cuidado, que se desarrolla por la preparación, ejecución y documentación o registro, donde interviene la planificación.

Fase 5 Evaluación

Proceso de identificación del progreso, dirigido hacia la consecución de los objetivos propuestos, empleando los criterios de los resultados. Se inicia con la valoración del estado del paciente y la comparación con los objetivos fijados, concretamente midiendo la situación de los indicadores previamente establecidos.

Nota. Tomado de El proceso de atención de enfermería como instrumento de investigación de Nuñez, Ramírez, Gil, Abarca, & Solís (2023) en revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores (p.10).

Así pues, el diagnóstico de enfermería es una reflexión clínica sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

Así mismo, señalan Rea & Arteaga (2021), que el Proceso Enfermero, (PE) es una herramienta poderosa y eficiente para diagnosticar, abordar y aplicar los cuidados de enfermería, incluyendo la propia labor profesional; es el método sistemático, dinámico y humanístico que lleva al cuidado humano.

Para González, y otros (2022), la observación es fundamental y ayuda a determinar los diagnósticos de enfermería y se procede al registro de la valoración de enfermería en la historia clínica, como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Guía para las observaciones de Enfermería con la implementación de las taxonomías NNN en Salud Ocupacional

Elementos a tener en cuenta.

1. Aspectos generales: fecha, hora, turno, nombre y apellidos, sexo, edad, escolaridad, motivo de ingreso, antecedentes patológicos personales y familiares, régimen terapéutico, alergias referidas (medicamentosas, ambientales o alimentarias), hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, café, entre otros), cumplimiento con el esquema de vacunación, práctica de actividad física, actividades de recreación.
2. Aspectos laborales: entidad a la que pertenece, puesto de trabajo que desempeña, turno que realiza, tiempo en el puesto de trabajo actual, experiencia laboral total, breve descripción de la tarea que realiza, evaluación de la autopercepción de riesgo labora, descripción de los peligros a los que se expone, empleo, estado y frecuencia de recambio de los MMP, autovalueoración de las relaciones interpersonales con los jefes, compañeros de labor y subordinados, ocurrencia de accidentes laborales.
3. Aspectos familiares: estado civil, descendencia, condiciones de la vivienda, composición del núcleo familiar, peronas a las que sustenta.
4. Exploración física y medición de constantes vitales mediante la inspección, palpación y persecusión y auscultación.

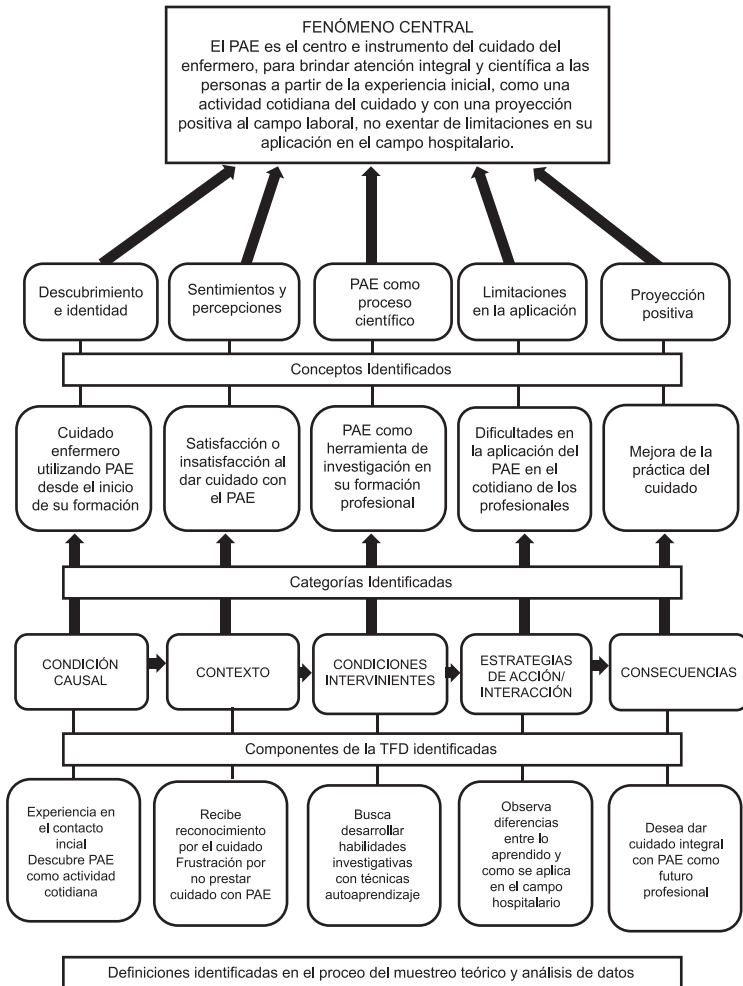
5. Agrupación de los datos según los 11 patrones funcionales de Gordon donde se identifican los patrones afectados.
 6. Determinación de los diagnósticos de enfermería de focalización del problema, riesgo o de promoción de salud.
 7. Identificación de las NOC por cada diagnóstico de enfermería.
 8. Selección de las NIC.
 9. Nombre, apellidos, firma y categoría profesional del enfermero
-

Nota. Tomado de Taxonomías Nanda, Noc, Nic: proceso enfermero en salud ocupacional de González, y otros (2022) en revista Cubana de Salud y Trabajo (p. 27).

Es decir, las observaciones de enfermería deben reflejar el resultado de la entrevista diaria, examen físico, valoración especializada, pruebas diagnósticas, describir la respuesta evolutiva del paciente.

De acuerdo con Miranda, Rodríguez, & Cajachagua (2019), la aplicación del PAE como instrumento para el cuidado, es una guía de gran valor para brindar una atención integral y de calidad. Es decir, los autores plantean cinco categorías en consonancia con los conceptos teóricos de la interacción simbólica y la dinámica de la teoría fundamentada. De cada categoría emergieron subcategorías, las cuales se describen en la figura 1.

Figura 1. Modelo teórico—explicativo del Fenómeno PAE



Nota. Obtenido de Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso de Miranda, Rodríguez, & Cajachagua (2019) en revista Enfermería Universitaria (p. 379).

La medicina intensiva quirúrgica

La historia de la medicina intensiva es relativamente reciente en comparación con la de otras profesiones médicas, su formación y desarrollo están determinados por la necesidad de una atención adecuada a los pacientes gravemente enfermos y la disponibilidad de fondos para implementarla.

Se define la Medicina Crítica (MC) o Medicina Intensiva (M.I.) como aquella parte de la medicina, que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal, que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad (Pulgarin, 2019).

En función a ello, para Santa & Valderrama (2023), establecen que el centro quirúrgico es una zona del hospital que está especialmente diseñada y equipada para brindar seguridad en la atención a los pacientes que serán sometidos a un proceso anestésico o quirúrgico. El área perteneciente al centro quirúrgico es un área de gran complejidad, dado que los pacientes se encuentran en contexto de riesgo.

Con relación a la intervención de enfermería en un centro quirúrgico, incluye brindar apoyo específico en la respuesta del individuo ante la presencia de un problema o enfermedad; Actualmente, los procedimientos quirúrgicos constituyen gran parte de las actividades diarias de la enfermería, por lo tanto, para brindar cuidados especializados y conocimientos efectivos en humanidades, es fundamental la profesionalización de la enfermería y la nutrición.

De acuerdo con sus actividades, las enfermeras quirúrgicas se dividen en:

1. Enfermeras instrumentistas.
2. Enfermeras circulantes.

Según Santa & Valderrama (2023), los perfiles tienen que disponer con: Capacitación para el desarrollo de todos los métodos en la utilización y protección de los instrumentos y equipos biomédicos inherentes a las diferentes operaciones quirúrgicas (p.19)

Rol de la enfermería quirúrgica

Para Guerrero (2022), el rol de enfermería es fundamental en las áreas quirúrgicas para mantener la promoción y prevención de la enfermedad del paciente para mejorar su calidad de vida. En otras palabras, que ayude a suministrar información acerca del procedimiento quirúrgico que se llevara a cabo para favorecer un encuentro con el equipo multidisciplinario.

Entre los roles de enfermería quirúrgica se mencionarán las siguientes:

- **Prestador de cuidados:** se facilitará un ambiente tranquilo para reducir la ansiedad, confianza mediante una buena comunicación y satisfacer las necesidades 31 básicas.
- **Defensor:** es preciso definir, defender y promover los derechos de los pacientes, entendiendo que es un ser biopsicosocial.
- **Colaborador:** el personal médico que rota en el área debe ser participe con el paciente.
- **Administrador:** proveer atención de calidad en los sistemas de salud se requiere conocimiento y aptitudes para la administración.
- **Investigador:** proporcionar un fundamento teórico para la práctica, promueve su progreso y el bienestar de aquellos que reciben asistencia de enfermería (p.30).

Además de todas estas funciones, el enfermero quirúrgico también gestiona los recursos físicos y humanos del departamento quirúrgico, y supervisa la calidad de los materiales y consumibles utilizados durante la cirugía, además de supervisar la esterilización de todo el material quirúrgico y el estado estéril de la sala de operaciones.

Tanto para las enfermeras instrumentistas como para las enfermeras circulantes el saber de su labor es esencial, en especial para las circunstancias de emergencias, en las cuales la rapidez y la exactitud son necesarias (Santa & Valderrama, 2023, p.19).

El rol de Enfermería en el área quirúrgica es fundamental para mantener la promoción de la sanidad y prevención de las enfermedades del paciente para mejorar su calidad de vida, que ayude a suministrar información acerca del procedimiento quirúrgico que se llevara a cabo para favorecer un encuentro con el equipo multidisciplinario.

Según Santa & Valderrama (2023), algunas definiciones en torno a esta área sanitaria se describen como:

- **Atención de Enfermería en el Paciente Quirúrgico:** hace referencia a las actividades a ejecutar en los diversos procesos quirúrgicos tales como: preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio. Para cada una de estas fases se desarrollan actividades dirigidas a la valoración física y psicológica del paciente, la identificación de necesidades, la planificación de los cuidados, su ejecución y la educación del paciente.

- Enfermería quirúrgica: la enfermería quirúrgica abarca la investigación y utilización de procesos y métodos quirúrgicos. Distinguido por su considerable nivel ético y la competencia de laborar en equipo, lleva a cabo cuidados a los pacientes antes, durante y luego del procedimiento quirúrgico.
- Enfermera circulante: es el miembro del equipo quirúrgico que se encarga de coordinar, mantener en orden el quirófano y proteger la seguridad y salud del paciente durante la intervención quirúrgica (p.35)

El cuidado quirúrgico

Como afirma Guerrero (2022), la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha desarrollado guías de práctica para la cirugía segura y un listado de estándares de seguridad quirúrgica aplicable en todos los países y en todos los niveles, todos los pacientes reciben un tratamiento acorde los estándares mundiales de cuidado quirúrgico, las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas.

De acuerdo con Guerrero (2022) El cuidado quirúrgico de la salud debe ser:

1. **Seguro:** evitando lesiones o daño a los pacientes por parte del sistema y sus integrantes.
2. **Efectivo:** brindando la atención a quien corresponde y evitando tanto la subprestación como la sobre prestación y mala prestación.
3. **Eficiente:** mejorando la ecuación costo- beneficio y evitando el gasto superfluo.
4. **Oportuno:** disminuyendo los plazos de espera y las demoras, que en oportunidades generan daño.
5. **Centrado en el paciente.**
6. **Justo y equitativo:** evitando la variación cualitativa por cuestiones como características personales, condición socioeconómica y ubicación geográfica (p. 33)

Ante los procesos quirúrgicos, surgen necesidades físicas y mentales, que se manifiestan en forma de síntomas desagradables, cuya intensidad depende de la complejidad de la cirugía, el tiempo y las evaluaciones del médico cirujano, la presencia o ausencia de agentes anestésicos y las características personales del paciente y características de la intervención quirúrgica. Lo anterior afecta la recuperación.

Durante la cirugía, independientemente del tipo de cirugía, los cuidados de enfermería son importantes para minimizar los riesgos, velar por la salud del paciente, sanar y aceptar las consecuencias que puedan derivarse del procedimiento quirúrgico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual las enfermeras realizan valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y evaluación, proporcionando así un plan de cuidados.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

II

Fundamentos del instrumental médico quirúrgico

Doris Susana Delgado Bernal

 <https://orcid.org/0000-0001-5614-2567>



Cada año se realizan más de 300 millones de cirugías en todo el mundo, y las complicaciones quirúrgicas aumentan significativamente los costos médicos y suponen una carga para los recursos sanitarios. Es por eso que, en un mundo globalizado donde más personas tienen acceso a la ciencia y la tecnología, los profesionales de la salud se enfrentan a la necesidad de mejorar su flujo de trabajo para garantizar procedimientos de calidad para los pacientes sometidos a cirugía.

Es necesaria una planificación adecuada de estos insumos para garantizar la trazabilidad de los procesos, mejorar la eficiencia y ayudar a identificar problemas potenciales. Uno de los mayores retos a la hora de iniciar una cirugía es contar con todo lo necesario para realizarla con éxito.

Además, para los pacientes, la atención médica significa la capacidad de recibir los servicios necesarios sin demoras que pongan en peligro su vida o su salud. La planificación adecuada del equipo médico que se utilizará para diversos procedimientos quirúrgicos y la creación de un sistema para realizar un seguimiento de la lista de materiales médicos y quirúrgicos necesarios les permitirán cuidar la salud de su paciente.

En la experiencia clínica, los protocolos y listas de verificación de planificación médica y quirúrgica minimizan la variación en los procedimientos, registros, rutinas y tareas que se realizan regularmente, evitando así daños a la salud del paciente, es decir, incrementan la confiabilidad en el cuidado de la salud del paciente, pues reduce el error humano en la ejecución de procesos complejos.

El quirófano

El quirófano es uno de los entornos más desafiantes en la atención médica porque los equipos quirúrgicos utilizan tecnología compleja, abarcan múltiples disciplinas y operan en situaciones médicamente estresantes de alto riesgo, tiempos, requisitos de respuesta rápida, condiciones cambiantes y circunstancias imprevistas y todo tipo de desafíos, y que sin duda afectan a todos los involucrados en el acto quirúrgico.

Por lo tanto, la planeación de los dispositivos médico-quirúrgicos mediante listas de planeación contribuye a que estas tareas complejas aporten a una intervención quirúrgica exitosa, se logre calidad en la salud del paciente y se reduzcan costos para las instituciones de salud (Anaya, Franco, & Pérez, 2021, p.27)

De igual forma lo señala Gómez (2019), el quirófano es un lugar muy complejo donde se tienen que seguir una serie de protocolos muy estandarizados y, a la vez, se debe tener sensibilidad especial ante un paciente muy vulnerable.

De Hecho, cada centro asistencial establece esquemas, procedimientos estandarizados, prácticas recomendadas y pautas desarrolladas por organizaciones profesionales y basadas en investigaciones científicas.

Teniendo en cuenta a Valenzuela (2022), según la Organización Mundial de la Salud, el quirófano es una sala de operaciones. Dichas instalaciones cuentan con diversos sectores que alberga todo lo necesario para el desarrollo de una cirugía y para afrontar sus posibles consecuencias.

La importancia de la seguridad en el quirófano

La definición más actualizada de seguridad, es la postulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera la seguridad del paciente como “ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refirió que 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria. El estudio multicéntrico estudios iberoamericanos de efectos adversos de la salud (IBEAS) de Latinoamérica mostró una prevalencia de efectos adversos del 10.5%, con 8.2% que sufrió la infección del sitio quirúrgico (Martín, Lázaro, Perú, & Larrea, 2023, p3).

Así también lo plantea Lluna (2020), quien señala que se observan complicaciones postquirúrgicas hasta en el 25% de los pacientes siendo graves entre el 3 al 16% de los pacientes. En los países industrializados, entre el 3% y el 22% de los eventos adversos relacionados con la cirugía hospitalaria producen incapacidad, con tasas de mortalidad que oscilan entre un 0,4% y 0,8%.

Para prevenir y minimizar eventos adversos en la seguridad del paciente y poder aprender de los errores y evitar que se repitan, lograr una cultura positiva de seguridad del paciente en los centros de salud es una prioridad absoluta. Es necesario desarrollar y continuar los esfuerzos para mejorar el entorno de seguridad, y es necesario proporcionar a los trabajadores de la salud información y capacitación, animándolos a participar activamente en las mejoras propuestas.

Por ello, la OMS establece seguir una serie de protocolos muy estandarizados, en la figura 2 se presenta una lista de verificación de la seguridad; se recomienda ajustarla o complementarla para adaptarla a la practica local, de acuerdo a un contexto específico.

Figura 2. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA	SALIDA
<p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • SU IDENTIDAD • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO • SU CONSENTIMIENTO <p><input type="checkbox"/> DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE</p> <p><input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA</p> <p><input type="checkbox"/> PULSÓMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO</p> <p>¿TIENE EL PACIENTE:</p> <p>ALERGIAS CONOCIDAS?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ</p> <p>VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DEPONIBLE</p> <p>RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS</p>	<p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LA IDENTIDAD DEL PACIENTE • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO <p>PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REVISAS: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PERDIDA DE SANGRE PREVISTA.</p> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISAS: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUN PROBLEMA ESPECÍFICO.</p> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERIA REVISAS: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.</p> <p>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p>¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p>	<p>EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:</p> <p><input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</p> <p><input type="checkbox"/> QUE LOS RECIENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)</p> <p><input type="checkbox"/> EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)</p> <p><input type="checkbox"/> SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE</p>

Nota. Tomado de Mejora en la seguridad del paciente quirúrgico en el Hospital J.M. Morales Meseguer de Lluena (2020) en repositorio digital de Universidad de Murcia (p.159)

Complicaciones en el quirófano

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) se define como una herida quirúrgica con síntomas y signos locales de infección que pueden acompañarse de un cuadro clínico agudo asociando fiebre y leucocitosis en casos de afectación sistémica (Gutiérrez, Morales, & Valverde, 2023, p.1023)

A juicio del mencionado autor, la incidencia de sepsis del sitio quirúrgico varía según el sitio de operación y la clasificación de la herida. Se estima un rango entre el 5% al 30% de los procedimientos. Se valora que desde un 2% al 5% de los pacientes hospitalizados pueden desarrollar sepsis del sitio quirúrgico en los Estados Unidos.

Además, señala que, las ISQ son responsables del 20% de las enfermedades infecciosas, y al menos 5% de los pacientes internados van a sufrir este tipo de infección (Gutiérrez, Morales, & Valverde, 2023,p.1024).

La enfermería quirúrgica es el campo que brinda cuidados durante la cirugía, desde la decisión de operarse hasta la recuperación del paciente. La contaminación ambiental del quirófano juega un papel importante en la propagación de microorganismos. En el quirófano, un ambiente estéril puede ser especialmente importante para reducir el riesgo de morbilidad asociada con las infecciones del sitio quirúrgico.

Es por ello que, A mediados del siglo XIX el cirujano británico Joseph Lister descubrió que, el lavado de instrumentos quirúrgicos, las manos de los cirujanos y las heridas abiertas con ácido carbólico (fenol), reducía la mortalidad por infección postoperatoria. Este descubrimiento fue el primer paso para sentar las bases del proceso de descontaminación en el ámbito hospitalario, dando lugar al concepto de asepsia (García M. , 2022).

Factores de riesgo

Varios factores pueden aumentar el riesgo de infección al aumentar el tamaño del reservorio microbiano, facilitar los mecanismos de transmisión, aumentar el tamaño del inóculo o reducir las defensas del huésped.

Estos factores de riesgo pueden predominar uno sobre otro o trabajar en conjunto, potenciándose. Se pueden dividir en dos grupos: factores relacionados con el huésped y factores relacionados con la intervención (Gutiérrez, Morales, & Valverde, 2023) . En la tabla 4 se detallan.

Tabla 4. Factores de riesgo en un acto quirúrgico

Factores de Riesgo	
Factores relacionados con el Huésped	
Edad	Constituye un factor de riesgo por encima de 65 años a 70 años y otros autores consideran de riesgo a partir de los 85 años.
Género.	Este factor ha sido controversial, ya que se han encontrado estudios donde los hombres presentan tasas ligeramente superiores de infecciones en heridas quirúrgicas que las mujeres.

Patología subyacente	Las patologías crónicas plantean un papel importante en el desarrollo de infecciones en heridas, ya que pueden debilitar el sistema inmune del paciente.
Evaluación del estado físico del paciente.	En este apartado se puede utilizar la clasificación conocida como Sociedad de Anestesiólogos Americanos (ASA), donde se evalúa el estado de salud del paciente.
Terapia con esteroides.	Es conocido que los fármacos esteroideos producen efectos deletéreos en la inmunidad del huésped, y esta inmunosupresión a nivel sistémico es un factor de riesgo para la curación retardada de la piel.
Estancia preoperatoria	La estancia hospitalaria prolongada es un factor de riesgo, ya que permite que los microorganismos procedentes del centro hospitalario.
Tabaco	El efecto nocivo del fumado en la curación de las heridas es multifactorial, con mecanismos que incluyen vasoconstricción, llevando a una isquemia relativa de tejidos operados, una disminución de la respuesta inflamatoria y alteraciones en el metabolismo del colágeno.

Factores de riesgo relacionados con la intervención

Grado de contaminación de la intervención	Las intervenciones quirúrgicas se han clasificado según su grado de contaminación, y este es un factor íntimamente relacionado con el desarrollo de infección del sitio quirúrgico, por lo que el riesgo de infección aumenta proporcionalmente con el grado de contaminación de la herida.
Duración de la intervención	Se ha demostrado que una intervención de más de 120 minutos está relacionada con la incidencia de infección de la herida quirúrgica, sin embargo, no se sabe exactamente cuál es el efecto de una larga intervención sobre la herida quirúrgica.
Urgencia de la intervención	Se cree que las cirugías bajo condiciones de urgencia son factores de riesgo para infecciones de heridas quirúrgicas, sin embargo, estudios prospectivos han fracasado en establecer una relación significativa entre los procedimientos quirúrgicos realizados de urgencia y las tasas de infección postoperatoria.

Nota. Tomado de Generalidades de sepsis del sitio quirúrgico de Gutiérrez, Morales, & Valverde (2023) en revista Médica Sinergia (p. 4)

Elementos presentes en el quirófano y /o pabellón

El personal de instrumental médico-quirúrgico

El equipo de salud que se desempeña dentro del área quirúrgica está integrado por profesionales capacitados para la atención del paciente durante el proceso operatorio, con el máximo fin de resolver varios procesos de salud que no pueden ser manejados farmacológicamente (Meléndez, Camero, Álvarez, & Osorio, 2018).

Tal es el caso, del instrumentador quirúrgico quien cumple funciones significativas dentro del equipo quirúrgico, entre ellas: coordinar las áreas de cirugía y centrales de esterilización⁷, participar activamente en el acto quirúrgico y manejar equipos biomédicos (Galán, 2020).

Cabe destacar que, el instrumental quirúrgico es originario de países latinoamericanos, debido a que durante la cirugía es necesario utilizar personal y equipo calificado, así como preparar equipos y consumibles para el paciente de cada especialidad, desinfectar ropa y herramientas presentes en una cirugía médica.

En cuanto a esta disciplina, se puede decir que al inicio se estructuró en nivel técnico, evolucionó posteriormente al nivel tecnológico y finalmente se creó la necesidad de abrir la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica (Meléndez, Camero, Álvarez, & Osorio, 2018).

Uno de los elementos indispensables en todo procedimiento quirúrgico es el personal requerido para el desarrollo de la cirugía entre los que se destacan según Meléndez, Camero, Álvarez, & Osorio (2018) son los siguientes:

- Personal dentro del pabellón

A continuación, se describirá a los profesionales que cumplen roles específicos dentro del pabellón quirúrgico:

1. Cirujano.

Médico especialista que lleva a cabo la cirugía. Dentro de la cirugía suelen haber al menos 2

Cirujanos especialistas: uno responsable de la cirugía y otro cirujano ayudante, que asiste al cirujano responsable.

2. Instrumentista o Arsenalera/o.

La arsenalera es la encargada de entregar el instrumental y suturas durante toda la cirugía, anticipándose a las necesidades del cirujano, según la técnica quirúrgica.

3. Circulante o Pabellonera/o.

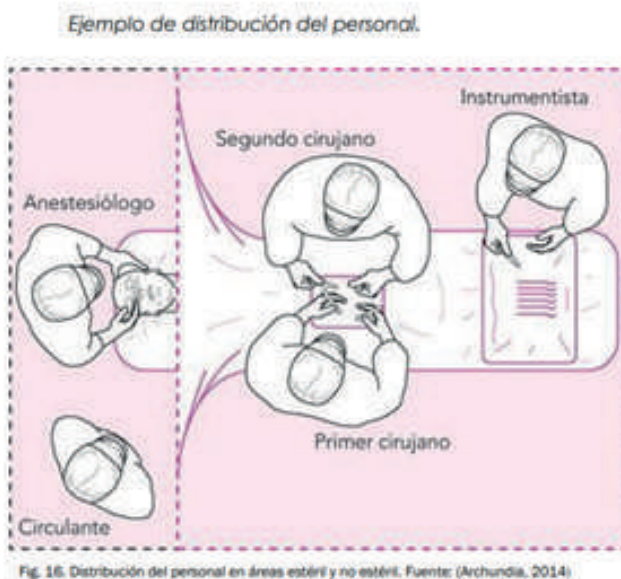
El circulante es la persona encargada de asistir a la arsenalera y suministrar todo el instrumental y material

4. Anestesiólogo.

Especialista que se encarga de colocar la anestesia al paciente, suministrar la cantidad de medicamento justa para mantenerlo dormido durante toda la cirugía y monitorear sus signos vitales.

Un ejemplo de la distribución del personal durante el acto quirúrgico se aprecia en la figura 3

Figura 3. Distribución del personal en áreas estériles y no estériles



Nota. Tomado de *Diseño de un soporte para el instrumental quirúrgico de uso frecuente dentro del pabellón quirúrgico para cirugía de columna* de Vidal (2022) en repositorio digital de la Universidad de Chile (p. 31).

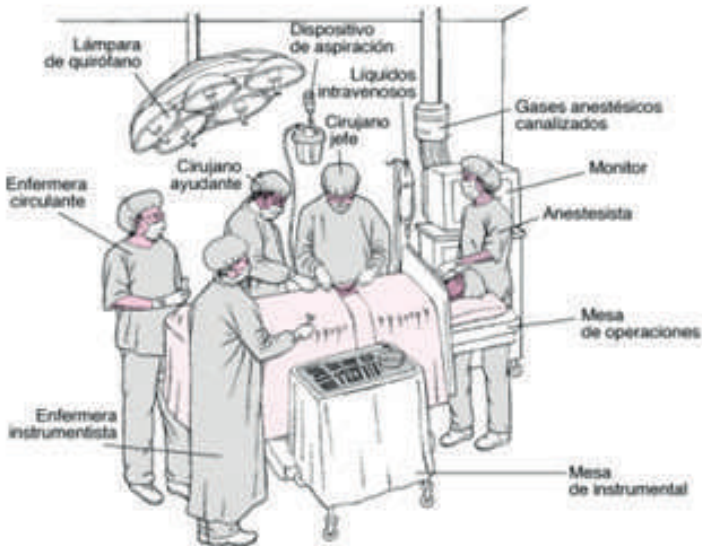
Como se puede apreciar en la figura 3, la línea divisoria de la imagen, muestra la barrera que se levanta por medio de los campos quirúrgicos, para dividir entre el área estéril de la que no lo es. En la imagen se aprecia al anestesiólogo que se encuentra en el área no estéril junto al pabellonero o circulante. En el área estéril se encuentran los cirujanos y la arsenalera, también

llamada instrumentista.

De igual forma Distribución del personal y elementos principales dentro del pabellón quirúrgico, se detallan en la figura 4.

Figura 4. Distribución del personal y elementos principales dentro del pabellón quirúrgico

Distribución del personal y elementos principales dentro del pabellón quirúrgico



Nota. Tomado de Diseño de un soporte para el instrumental quirúrgico de uso frecuente dentro del pabellón quirúrgico para cirugía de columna de Vidal (2022) en repositorio digital de la Universidad de Chile (p. 34)

Elementos instrumentales

De acuerdo con Vidal (2022), existe una variedad de elementos dentro del pabellón quirúrgico, que se describirán a continuación:

- Mobiliario médico.

Dentro del mobiliario más importante se destaca la mesa o cama quirúrgica en la que se recuesta al paciente, una variedad de mesas para el instrumental quirúrgico que son principalmente responsabilidad de la arsenalera.

Así como también, Vidal menciona bancos o tarimas para dar altura y mejor ángulo de visión al personal respecto a la altura de la mesa quirúrgica, lámparas de quirófano, cubetas y recipientes para los deshechos, también hay soportes como el tripié, utilizado para colgar las bolsas de soluciones que se administran al paciente, estos elementos se ilustran en la figura 5.

Figura 5. Mobiliario en el pabellón quirúrgico



Nota. Tomado de Diseño de un soporte para el instrumental quirúrgico de uso frecuente dentro del pabellón quirúrgico para cirugía de columna de Vidal (2022) en repositorio digital de la Universidad de Chile (p. 29)

- Instrumental quirúrgico

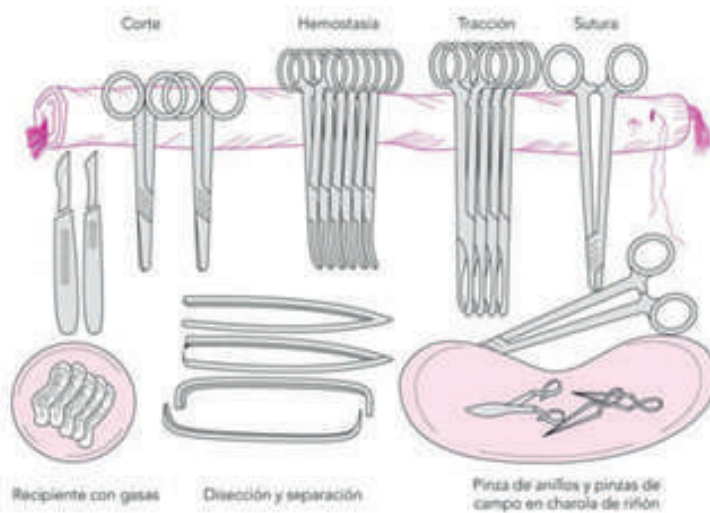
El instrumental quirúrgico es el conjunto de herramientas utilizadas en los procedimientos quirúrgicos por el médico cirujano. Son elementos costosos, sofisticados y muy delicados, por lo que su cuidado debe ser meticuloso y estandarizado (Zabaleta, 2023).

Es decir, están diseñados para proporcionar a los cirujanos las herramientas necesarias para realizar operaciones básicas durante la cirugía.

Por ello, estos instrumentos deberán limpiarse, desinfectarse y esterilizarse en el mismo orden. El instrumental es seleccionado previamente por la arsenalera según el tipo de cirugía que se realizará.

Cada herramienta seleccionada está completamente estéril para proteger al paciente en toda la cirugía. El instrumental se puede clasificar según su función en herramientas para diéresis o corte, separación, hemostasia, aprehensión, instrumental de síntesis y de drenaje (Vidal, 2022)

Figura 6. Instrumental quirúrgico básico clasificado por funciones



Nota. Tomado de Diseño de un soporte para el instrumental quirúrgico de uso frecuente dentro del pabellón quirúrgico para cirugía de columna de Vidal (2022) en repositorio digital de la Universidad de Chile (p. 33)

Desde el punto de vista de Sánchez, González, Hernández, & Cabo (2014), el instrumental quirúrgico es el conjunto de elementos utilizados en los procedimientos quirúrgicos. Su clasificación se describe detalladamente en la tabla 5.

Tabla 5. Clasificación del instrumental quirúrgico

Clasificaciones del instrumental quirúrgico	
Según su composición	<ul style="list-style-type: none"> • Acero inoxidable: el acero inoxidable es una aleación de hierro, cromo y carbón. • Titanio: es excelente para la fabricación de instrumentos microquirúrgicos. Se caracteriza por ser inerte y no magnético, además su aleación es más dura, fuerte, ligera en peso. • Vitalio: es la marca registrada de cobalto, cromo y molibdeno. Sus propiedades de fuerza y resistencia son satisfactorias. • Otros metales: algunos instrumentos pueden ser fabricados de cobre, plata, aluminio. • Instrumentos blindados: se utiliza un revestimiento o una técnica llamada blindado de destello con metales como cromo, níquel, cadmio, plata y cobre.
Según su forma	<ul style="list-style-type: none"> • De un solo cuerpo: consta de punta y cuerpo; ejemplo: mango de bisturí, cánulas de succión, pinzas de disección, separadores manuales, dilatadores de hegar. • Articulado: consta de punta, cuerpo y articulación; ejemplo: pinzas y tijeras • Con cierre: consta de argolla, articulación, cuerpo, punta y cierre; ejemplo: pinzas de forcipresión (clamps) vasculares y los intestinales. • Con fórceps: consta de punta, articulación, cuerpo y fórceps; ejemplo: fórceps ginecológicos, espéculos • De fibra: son aquellos instrumentos que están constituidos por fibras ópticas de vidrio y recubiertas por un elemento de caucho o con aleaciones de polietileno para hacerlos más fuertes y resistentes; ejemplo: laparoscopios, cistoscopios.
Según su función	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental de diéresis o corte: para seccionamiento de tejidos. Se pueden clasificar en diéresis roma y diéresis aguda. Para cortar, separar o extirpar un tejido. • Instrumental de separación: son aquellos utilizados para separar o retraer una cavidad o un órgano durante el procedimiento quirúrgico y a su vez son aquellos que mantienen los tejidos u órganos fuera del área donde está trabajando el cirujano • Instrumental de aprehensión: es aquel instrumental utilizado para tomar tejidos, estructuras u objetos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental de síntesis: es el instrumental utilizado para suturar tejidos, afrontar o restablecer su continuidad. • Instrumental de drenaje: su objetivo es la limpieza de la zona. Es utilizado para aspirar o succionar líquidos de la cavidad del paciente al exterior a través de elementos o instrumentos.
Según su uso (básicos y especializados)	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental básico: Utilizado en cubetas o sets básicos de la institución como, por ejemplo: cubeta general, mediana, de pequeña cirugía. • Instrumental especial Es aquel instrumental considerado especial para un determinado procedimiento y que lo encontramos en canastas o equipos especiales como la canasta o equipo de hernia, de histerectomía, de laparotomía. • Instrumental especializado: Es aquel instrumental utilizado en determinado procedimiento; ejemplo: laparoscopios, pinzas de laparoscopia, histeroscopios, pinzas de liga clip.

Nota. Tomado de Manual de instrumental quirúrgico de Sánchez, González, Hernández, & Cabo (2014) en revista Medisur (p. 784)

Como mencionan Ruíz, y otros (2022), existe un material común y un material específico para cada especialidad quirúrgica. Los tamaños varían en función de la profundidad de los planos quirúrgicos. Este material específico se describe en la tabla 6.

Tabla 6. Clasificación de instrumentos quirúrgicos

Clasificación de instrumentos quirúrgicos	
De campo o talla.	Sirven para sujetar los paños del campo quirúrgico. Los más utilizados son: -Pinzas de Jones o cangrejos. -Pinzas de Doyen. -Pinzas de Backhaus.
De corte o diéresis.	Sirven para dividir o separar tejidos durante la técnica quirúrgica. Los más utilizados son: -Bisturí: hay bisturís con una sola pieza o con hojas intercambiables. Tienen distintas formas y tamaños. -Bisturí eléctrico: se utiliza en el quirófano y sirven para cortar los tejidos y para hacer hemostasia por electrocoagulación. Para evitar accidentes al paciente y al equipo quirúrgico, antes de la intervención se tiene que poner una placa en contacto con el paciente.

Metálicos, como el acero.

Las agujas podemos clasificarlas de las siguientes maneras:

Por su forma: pueden ser curvas y rectas.

Por su cuerpo: pueden ser redondas, cilíndricas, planas y triangulares.

Por la forma de la punta: pueden ser cilíndricas, triangulares y romas.

Los portas o pinzas porta agujas son necesarios para sujetar las agujas y poder suturar los tejidos. Los más utilizados son:

Porta agujas de Doyen.

Porta agujas de Mathiew.

Porta agujas de Crile.

Nota. Información obtenida Instrumental quirúrgico de Ruiz, y otros (2022) en revista Ocronos.

Equipos de monitorización y dispositivos médicos activos.

En la sala de quirófano, existen equipos de monitorización respiratoria y cardiovascular que se utilizan en todas las cirugías y también otros equipos como los de rayos X o microscopio que se usan según la cirugía lo requiera.

Los dispositivos médicos activos son los que utilizan energía eléctrica y que con su funcionamiento generan un cambio significativo en el paciente a través de la conversión de dicha energía (Vidal, 2022).

Indumentaria quirúrgica

La ropa quirúrgica es la vestimenta usada especialmente en el área de quirófanos y durante la cirugía como parte esencial de las técnicas asépticas. Tiene como función proteger al personal frente la exposición a enfermedades contagiosas y materiales peligrosos. En la figura 7 se aprecia la correcta colocación de esta indumentaria.

Figura 7. Indumentaria quirúrgica. Bata

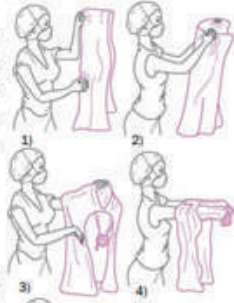
En la imagen siguiente, se puede distinguir la bata quirúrgica, vista de frente y de revés con sus parte estéril y no estéril. Luego, se distinguen los pasos en orden, enumerados del uno al seis, para la colocación correcta de la bata quirúrgica.

Bata quirúrgica.



Colocación de bata quirúrgica.

El especialista debe tener sumo cuidado para no tocar el anverso de la bata y así mantenerla estéril.

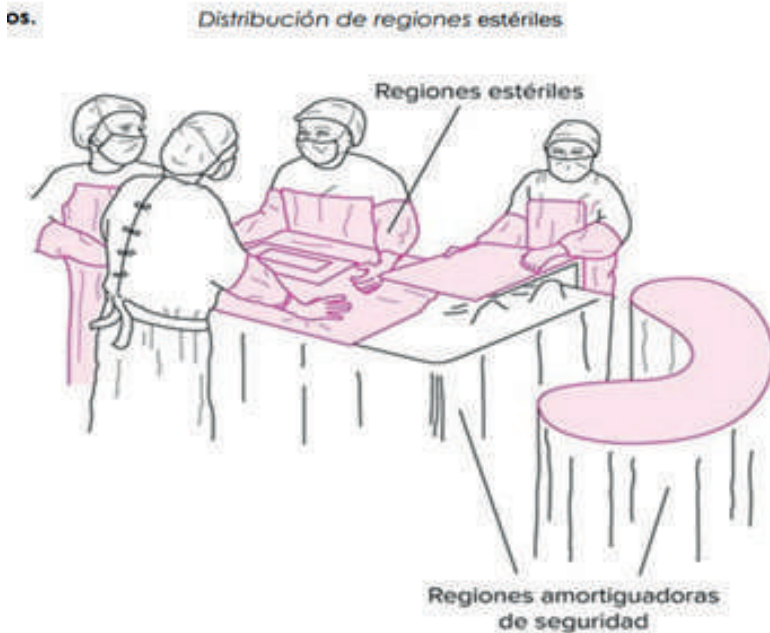


La arsenalera ayuda al cirujano a asegurar la bata quirúrgica en la zona de la espalda.



Nota. Tomado de Diseño de un soporte para el instrumental quirúrgico de uso frecuente dentro del pabellón quirúrgico para cirugía de columna de Vidal (2022) en repositorio digital de la Universidad de Chile (p. 33)

El principal objetivo de la indumentaria quirúrgica y de los campos quirúrgicos es de mantener las regiones estériles intactas, para que el sitio quirúrgico (donde se realiza la incisión), que está completamente expuesto, se mantenga libre de agentes contaminantes; como se aprecia en la figura 8.

Figura 8. Distribución de regiones estériles

Nota. Tomado de Diseño de un soporte para el instrumental quirúrgico de uso frecuente dentro del pabellón quirúrgico para cirugía de columna de Vidal (2022) en repositorio digital de la Universidad de Chile (p. 33)

Limpieza y desinfección

Durante la Edad Media, se creía que el baño favorecía la llegada de enfermedades, pero hasta el siglo XVIII se comenzó a advertirse la importancia de la higiene para la prevención sanitaria. Pasteur y Lister fueron los padres de la microbiología aplicada a la medicina. A mediados del siglo XIX descubrieron que las infecciones de las heridas se debían a los microorganismos, lo que generalizó el uso de desinfectantes y el fomento de la limpieza.

Pero hasta 1880 comenzaron a desarrollarse mecanismos de desinfección de todo el instrumental primero, con vapor de agua-, el lavado de manos se convirtió en un ritual obligatorio y se pasó a emplear gasas estériles, así como a limpiar todo el quirófano con productos químicos germicidas (Zabaleta, 2023)

Limpieza

Para García (2022) la limpieza y el lavado es el proceso físico, químico y mecánico que conlleva remover, separar y eliminar la suciedad orgánica e inorgánica o detritus de las superficies del instrumental quirúrgico y/o producto sanitario, reduciendo la carga microbiana inicial.

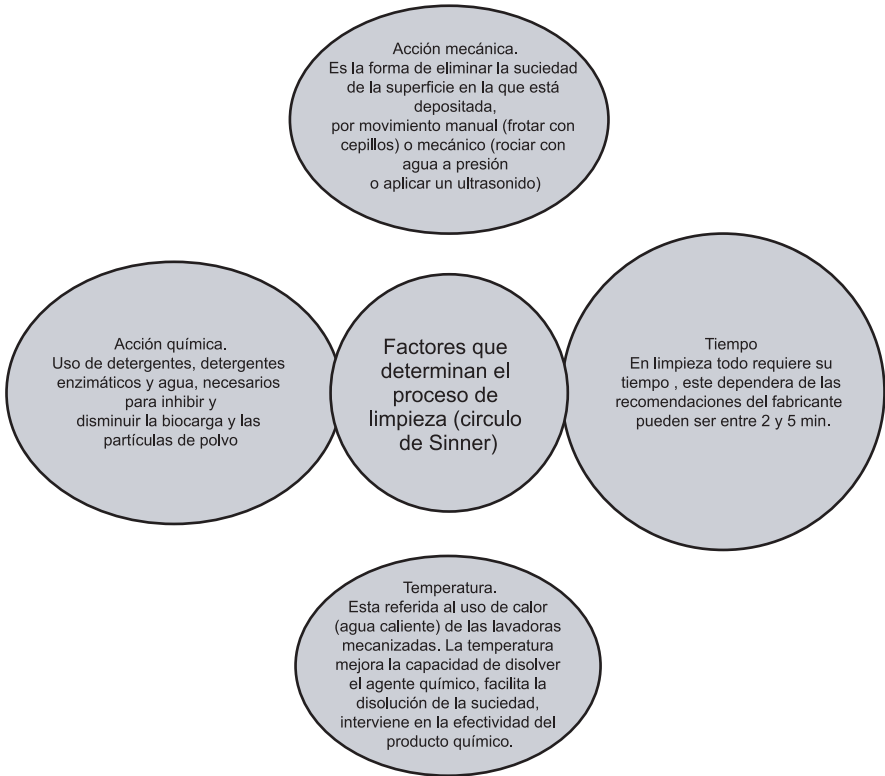
Para Zabaleta (2023), es la técnica mediante la cual se obtiene una reducción cuantitativa de la contaminación orgánica e inorgánica visible presente de un área, equipo o material. Se puede diferenciar una limpieza diaria rutinaria, de limpieza de mantenimiento terminal

De acuerdo al autor, los objetivos de la limpieza son fundamentales y su principal función es:

- Disminuir la biocarga y partículas de polvo visibles del material para hacer segura su manipulación.
- Asegurar las condiciones adecuadas de limpieza necesarias, evitando las incrustaciones de residuos en el material.
- Garantizar las condiciones de limpieza necesarias, para el re uso de artículos críticos que son sometidos solo a limpieza.

Así mismo, la limpieza consiste en realizar la remoción mecánica por medio de un detergente más agua de toda la materia extraña que esté en los elementos en general, sin embargo, hay factores que la determinan, como se observa en la fig. 9

Figura 9. Factores que determinan el proceso de limpieza



Nota. Información tomada de Limpieza y desinfección del instrumental quirúrgico de (Zabaleta, 2023) en repositorio digital de la Universidad Masyor de San Andrés (p. 15)

Independientemente del tipo de procedimiento quirúrgico, los pasos de descontaminación en el reproceso de instrumentos quirúrgicos son los mismos. El ciclo de vida de descontaminación muestra sus mejores características, donde cada paso es tan importante como el siguiente.

De acuerdo con León, Martínez, & Guardado (2020) algunas de las definiciones relacionadas con la desinfección de áreas quirúrgicas se definen en la tabla 7.

Tabla 7. Definiciones en el ámbito de la desinfección

Definiciones en el Ámbito de la Desinfección de Áreas quirúrgicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza. Se refiere a la eliminación (normalmente con detergente y agua, o aceites adherentes) de sangre, sustancias proteicas, microorganismos y otros desechos sobre superficies, grietas, juntas y aberturas de instrumentos, dispositivos y equipos, ya sea por un proceso manual o mecánico que prepara los artículos para su manejo seguro y descontaminación adicional. La limpieza es prioritaria antes de aplicar calor o uso de productos químicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Descontaminación. Se hace referencia al uso de medios físicos o químicos para eliminar, inactivar o destruir microorganismos patógenos de las superficies o artículos al punto en el que no sean capaces de transmitir partículas infecciosas y las superficies o artículos sean libres para su manejo, uso o eliminación
<p>Desinfección. Se le llama así a la destrucción química o térmica de microorganismos. Es menos letal que la esterilización, pues destruye a la mayoría de patógenos, pero no todas las formas microbianas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Esterilización. Se considera a la destrucción completa de todos los microorganismos incluidas las esporas bacterianas

Nota. Tomado de Ambiente limpio en el quirófano y descontaminación de instrumentos quirúrgicos en ortopedia de León, Martínez, & Guardado (2020) en revista Orthotips Amot (p.19)

La trazabilidad

En ningún caso y bajo ninguna circunstancia, incluidos casos especiales, no se permitirá la esterilización de productos que no cumplan con los requisitos de limpieza, esterilización y secado.

La trazabilidad es la clave de cualquier central de esterilización. En todo momento, se debe tener localizado cualquier producto que se recibe.

Para Zambrano (2022), el sistema de trazabilidad es manual, por lo que se hacen los registros de forma continua (recepción, lavado, carga autoclave y entrega al servicio de origen). Uno de los objetivos, es poder implementar la trazabilidad informática. A continuación 5 beneficios de implementar un sistema de trazabilidad;

- Control individualizado de los instrumentos quirúrgicos.
- Mejorar en la gestión de la central de esterilización.
- Controlar la evolución de cada fase del proceso de esterilización.
- Permitir detectar, acotar y analizar los problemas oportunamente.

La trazabilidad en enfermería se define como el seguimiento o rastreo de un producto.

De acuerdo con Zambrano (2022), engloba todos aquellos procedimientos preestablecidos y autosuficientes que permiten conocer el histórico, la ubicación y trayectoria del material desde que llega a la central de esterilización hasta su uso en el paciente, así como en sentido inverso.

Además, el autor menciona que su finalidad no es otra que la de reconstruir las condiciones en las que se realizó el proceso de esterilización. La trazabilidad proporciona protección al paciente (seguridad), determina las responsabilidades en el caso de aparición de alguna incidencia (infección nosocomial) y demuestra que el sistema de calidad funciona correctamente.

En definitiva, la esterilización y desinfección de los artículos de uso clínico constituyen mecanismos eficientes, actualmente indiscutibles, para prevenir infecciones asociadas a la atención de la salud.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

III

Distribución de las áreas quirúrgicas en centro asistenciales

Cristina Monserrate Pisco Soledispa

 <https://orcid.org/0009-0006-7749-0521>



Los hospitales suelen ser edificios complejos y de gran complejidad, y su evolución a lo largo del tiempo ha llevado a la creación de unidades cada vez más especializadas que mantienen relaciones entre sí, dando lugar a que los procesos internos de trabajo sean cada vez más complejos, y traen consecuencias negativas para algunos usuarios, ya que la mala fluidez de comunicación y gestión ambiental provoca confusión entre los residentes, provocando estrés, ansiedad y en muchos casos conflictos a la hora de reubicar al personal debido a mala ubicación o simplemente señalización inadecuada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la cuestión de la seguridad quirúrgica es ampliamente reconocida en todo el mundo porque los pacientes sometidos a cirugía corren el riesgo de sufrir resultados adversos, incluidas prácticas seguras: anestesia inadecuada, infecciones quirúrgicas prevenibles, identificación errónea del paciente y ubicación quirúrgica incorrecta. y malas condiciones de tratamiento. Es importante señalar que el 50% de las complicaciones quirúrgicas son efectos secundarios prevenibles.

Evidentemente, la enfermería participa directamente en proporcionar un entorno seguro para que los pacientes puedan funcionar sin daños y se sientan seguros.

En la profesión de enfermería hay modelos y teorías que apuntan a satisfacer las necesidades de los pacientes y la necesidad de seguridad es una de ellas. De acuerdo con Mateos (2020), una de las teorías utilizadas es la teoría de Watson que considera necesario humanizar los cuidados, ya de por sí, sumergidos en un sistema de salud burocratizado, proporcionando un sistema de valores que contribuya a fomentar una profesión más social, moral y científica, relacionada con un compromiso hacia los cuidados humanos.

En todo caso, lograr la sostenibilidad del sistema sanitario actual pasa por mejorar la eficiencia, entendida como la relación entre los recursos disponibles y los resultados obtenidos. Para conseguirlo es necesario entender el servicio de cirugía como un sistema en el que cobra especial importancia el trabajo en equipo interdisciplinar con la definición de responsabilidades y la medición de resultados.

De acuerdo con Hernández (2022), se puede definir el proceso quirúrgico como un circuito de gran complejidad que comprende aquellas actividades asistenciales y no asistenciales encaminadas a la realización de un acto quirúrgico. Las actividades asistenciales engloban la atención en consulta, indicación de la cirugía, obtención del consentimiento informado, la evaluación preanestésica, optimización preoperatoria del paciente, la programación quirúrgica, la actuación intraoperatoria y el seguimiento postoperatorio.

Así mismo, para el autor, las actividades no asistenciales incluyen la admisión del paciente al centro, la asignación de camas, la provisión del material e instrumental quirúrgico, el control del funcionamiento de las instalaciones, la vigilancia de la bioseguridad ambiental y la prevención de las infecciones nosocomiales, donde juega un papel fundamental el Servicio de Medicina Preventiva (Hernández C. , 2022).

El área quirúrgica

Se define como un conjunto de salas e instalaciones especialmente equipadas y climatizadas, selectivamente aisladas del resto del hospital, creando una unidad físicamente diferenciada, que física y funcionalmente tiene como finalidad proporcionar un lugar idóneo para el tratamiento quirúrgico de los pacientes.

La estructura del área quirúrgica debe diseñarse para promover medidas asépticas y disciplina para prevenir infecciones siempre que sea posible. Al mismo tiempo, debe seguir ciertas reglas que respalden estas medidas. Debe construirse de manera que se puedan distinguir las zonas limpias y contaminadas sin necesidad de transiciones.

Con relación al resto del Hospital debe:

- Estar aislado del tráfico del Hospital.
- Tener acceso fácil con las Unidades de Hospitalización, Urgencias, UCI, Reanimación
- Tener comunicación directa mediante tubo neumático con los Laboratorios, Farmacia, RX (Servicio de Radiodiagnóstico), Urgencias
- Tener comunicación directa mediante montacargas con el servicio de Esterilización Con relación al área quirúrgica.

De acuerdo con la OMS el área quirúrgica es un sitio altamente especializado dividido por secciones o áreas de restricción y esta división tiene como objetivo evitar la posibilidad de contaminación y sistematizar los procesos y procedimientos que se realizan durante el acto quirúrgico (Valenzuela, 2022).

De acuerdo con Mauricio (2021), la Organización Mundial de la Salud conjuntamente con la Organización Panamericana de Salud y el Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo publicaron el año 2015 la Guía de Diseño Arquitectónico para Establecimientos de Salud en donde nos dan a conocer

los flujogramas de los servicios hospitalarios a nivel de Latinoamérica; determinando así que en el centro quirúrgico se debe de identificar claramente tres (03) zonas:

- a) Zona negra: Acceso general.
- b) Zona gris: Acceso semi-restringido.
- c) Zona blanca: Acceso restringido (p 27)

Para Valenzuela (2022), el área quirúrgica debe estar claramente dividida en tres áreas: «limpia», «mixta» y «contaminada», debido al peligro constante de contaminación de los pacientes quirúrgicos.

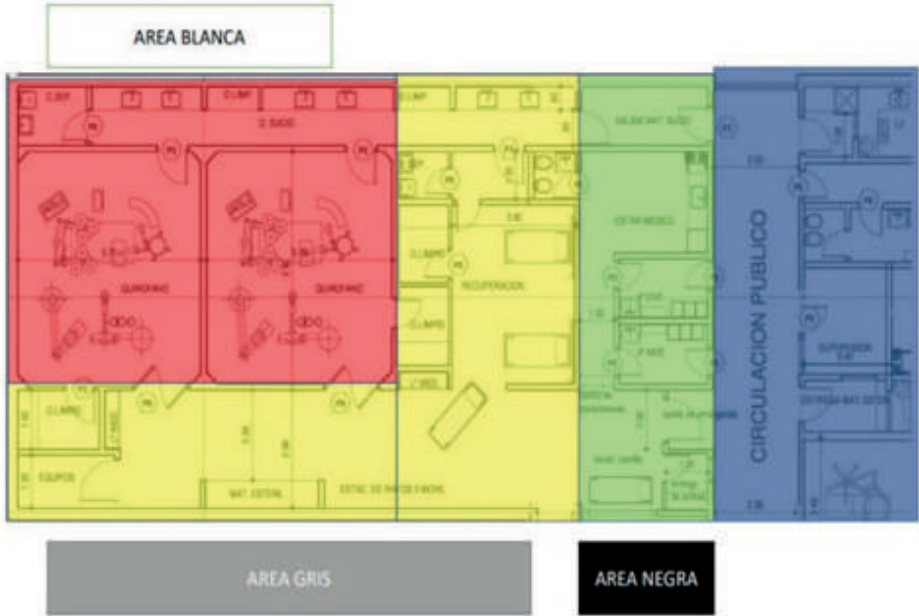
- Las áreas limpias incluyen el quirófano, el cuarto de limpieza quirúrgica y las salas donde se almacena el material esterilizado.
- Las áreas mixtas incluyen los pasillos que hay entre el quirófano y los puestos de enfermería, las áreas donde se procesa el instrumental y el material, las áreas de almacenamiento y el cuarto de servicios.
- Las áreas contaminadas son las salas de anestesia y preparación quirúrgica, los vestuarios, las salas de descanso y las oficinas.

Igualmente, el Autor establece que, las áreas del quirófano se dividen así:

- Área negra o contaminada. Es el área de acceso en ella se revisan las condiciones de preparación y presentación de los pacientes se hace todo el trabajo administrativo relacionado y el personal se baña para cambiar su vestimenta por ropa especial de uso en los quirófanos.
- Área gris Como lo indica su color, esta área está sujeta a mayor restricción y también es conocida como zona limpia; es imprescindible transitar en esta área con uniforme quirúrgico
- Área blanca El área de mayor restricción es el área estéril o zona blanca en la que se encuentra la sala de operaciones o también quirófano (p.11).

Las distribuciones, anteriormente descrita se pueden observar en la figura 10.

Figura 10. División de áreas quirúrgicas dentro de una institución sanitaria



Nota. Tomado de Diseño e implementación de áreas quirúrgicas de Valenzuela (2022) en repositorio digital de la Universidad Mayor de San Andrés (p.11)

Para la realización del diseño de muchos de los elementos de la instalación es necesario concretar y especificar algunas de las características del quirófano a diseñar. Desde la posición de García (2022), los quirófanos se dividen en dos tipos según la norma UNE 100713:2005. Estos tipos son quirófanos tipo A y B siendo los de tipo A en los que se pueden llevar a cabo las cirugías más complejas. Se añade una tercera categoría, los quirófanos tipo C para clasificar los quirófanos de ambulatorio.

En la tabla 8 se puede observar un resumen de los distintos tipos de quirófano y la normativa aplicable a cada uno.

Tabla 8. Clasificación de los distintos tipos de quirófanos según las intervenciones

Tipo	Denominación	Aptos para	Norma Europea ⁷ (en elaboración)
A	Quirófanos de cirugía especial o de alta tecnología	Transplante de órganos, cirugía cardíaca, cirugía vascular con implante, cirugía ortopédica con prótesis, neurocirugía.	H1a
B	Quirófanos convencionales	Cirugía convencionales y de urgencias, resto de operaciones quirúrgicas	H1c
C	Quirófanos de cirugía ambulatoria	Cirugía ambulatoria y salas de partos	H1c

Nota. Tomado de Diseño de las instalaciones de un quirófano híbrido de García (2022) en repositorio digital de la Universidad Pontificia de Comillas (p. 35)

Diseño de quirófanos

En el diseño de productos, espacios, equipamiento y mobiliario, se debe considerar la diversidad de características físicas y habilidades de los usuarios, conciliando todos los requerimientos especiales que esto implica.

Postura de trabajo

En un quirófano existen tres posturas de trabajo: de pie, sentado o una combinación de ambas.

De acuerdo con Saénz, Carrizosa, Balderrama, De la Torre, & Aguirre (2020), la operación repetitiva de herramientas puede conducir a malas posturas de trabajo y frecuentes movimientos incómodos, requiere un exceso de fuerza o posturas fijas que pueden causar trastornos en el cuello, espalda, brazos y muñecas.

A fin de mejorar la postura de trabajo, se enlistan algunas consideraciones ergonómicas, en tabla 9.

Tabla 9. Consideraciones ergonómicas para mejorar postura en quirófano

Consideraciones ergonómicas para mejorar postura en de trabajo en quirófano	
Consideraciones	Características
Espacio de trabajo	Se debe proporcionar suficiente espacio para mantener posturas y pies estables durante el uso de herramientas
Movimiento de objetos	El diseño debe permitir al trabajador mover objetos de un lugar a otro mientras mantiene una postura natural, o alcanzar objetos sin necesidad de inclinarse.
Agarres del instrumental	Un elemento fundamental es el diseño ergonómico de los agarres del instrumental quirúrgico. Además de mejorar el rendimiento y eficacia de la cirugía, disminuye la sobrecarga en las articulaciones, ligamentos y músculos de los miembros superiores
Uso de pedales	En ocasiones el uso de pedales sustituye a los controles manuales, sobre todo cuando se llevan a cabo procedimientos donde ambas manos están ocupadas
Referencias antropométricas.	Todas las operaciones importantes y frecuentes deben realizarse cerca y delante del cuerpo, y alrededor o ligeramente por debajo del nivel del codo
Cambio de postura	Es natural que el personal se canse si las operaciones de trabajo siempre se realizan en la misma posición, incluso si la posición es óptima.

Nota. La información es tomada de Criterios ergonómicos para el diseño de quirófanos de Saénz, Carrizosa, Balderrama, De la Torre, & Aguirre (2020) en revista mexicana de ingeniería biomédica (p.84)

Además de, contar con un adecuado espacio de trabajo y tener un fácil acceso a cualquier área, la mejor práctica para el diseño quirófanos sugiere líneas de visión claras, visibilidad del campo quirúrgico y diseño ergonómico de monitores de información clave, como se muestra en la figura 11.

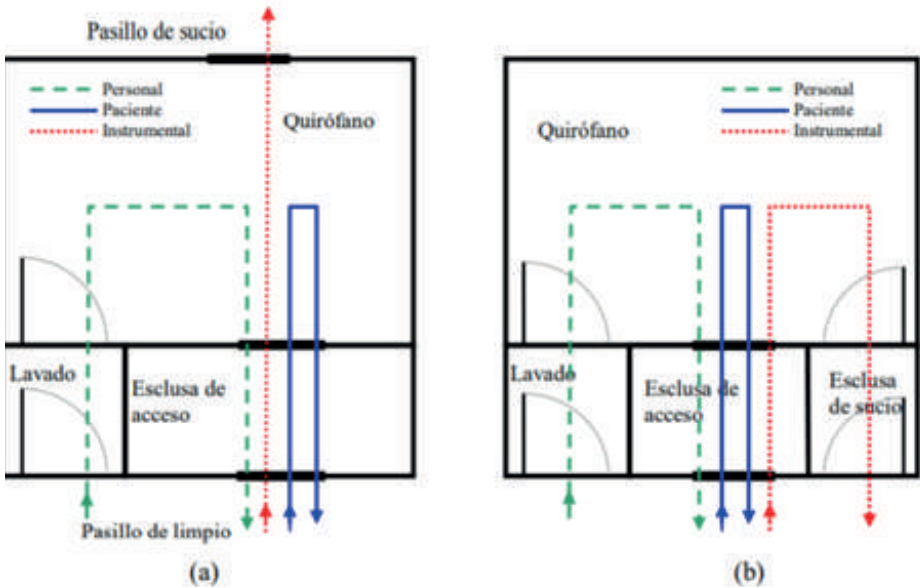
Figura 11. Representación gráfica de los criterios ergonómicos para el diseño de quirófanos



Nota. Tomada de Criterios Ergonómicos para el Diseño de Quirófanos de Saénz, Carrizosa, Balderrama, De la Torre, & Aguirre (2020) en revista mexicana de ingeniería biomédica (p.84).

Actualmente la mayoría de los quirófanos se pueden agrupar en dos grupos según su distribución. Pasillo doble (a) y pasillo simple (b), en tabla 12. El quirófano propuesto se trata de un quirófano con pasillo simple ya que se accede al mismo a través de un único pasillo (García Y. , 2022).

Figura 12. Circuitos para la configuración de (a) pasillo doble y (b) pasillo único



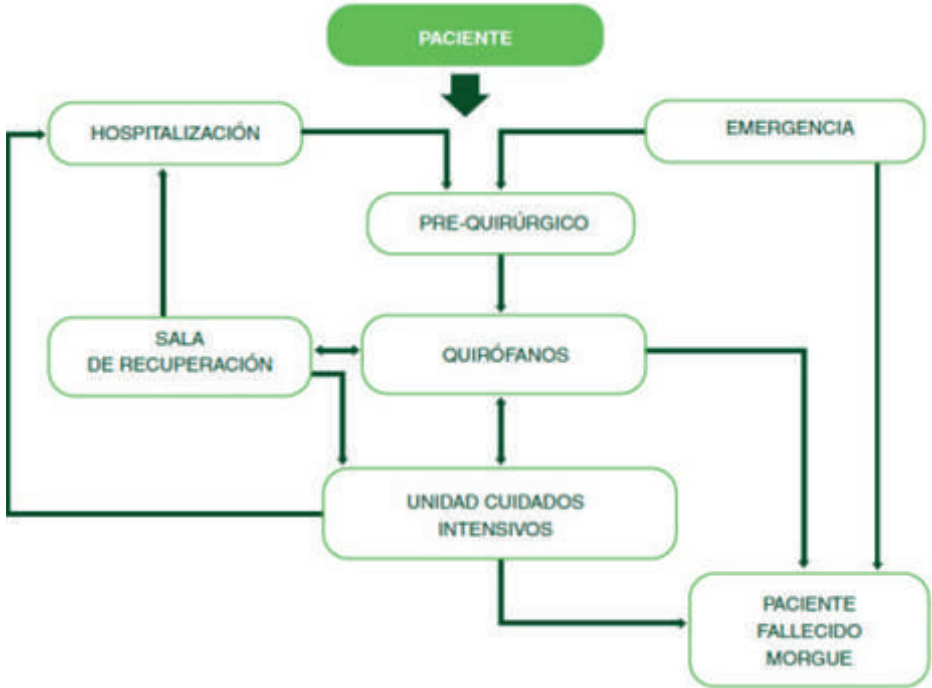
Nota. Tomado de Diseño de las Instalaciones de un Quirófano Híbrido de García (2022) en repositorio digital de la Universidad Pontificia de Comillas (p. 36)

Según, Mauricio (2021), muestra los flujogramas de recorrido de los pacientes, personal y materiales para las diferentes unidades funcionales de un Hospital, es así que realiza flujogramas de circulación de tres tipos: flujograma de recorrido del paciente, del personal y medicamentos, materiales, instrumentos y ropa (p.28).

Flujograma de circulación del paciente

El paciente que llega al centro quirúrgico viene derivado de la unidad de hospitalización y/o de la unidad de emergencia, como primer llega al ambiente de pre anestesia donde es evaluado por el médico anesthesiologo, luego pasa a la sala de operaciones o quirófanos. Los flujos de circulación se muestran en la figura 13.

Figura 13. Flujoograma de circulación de pacientes

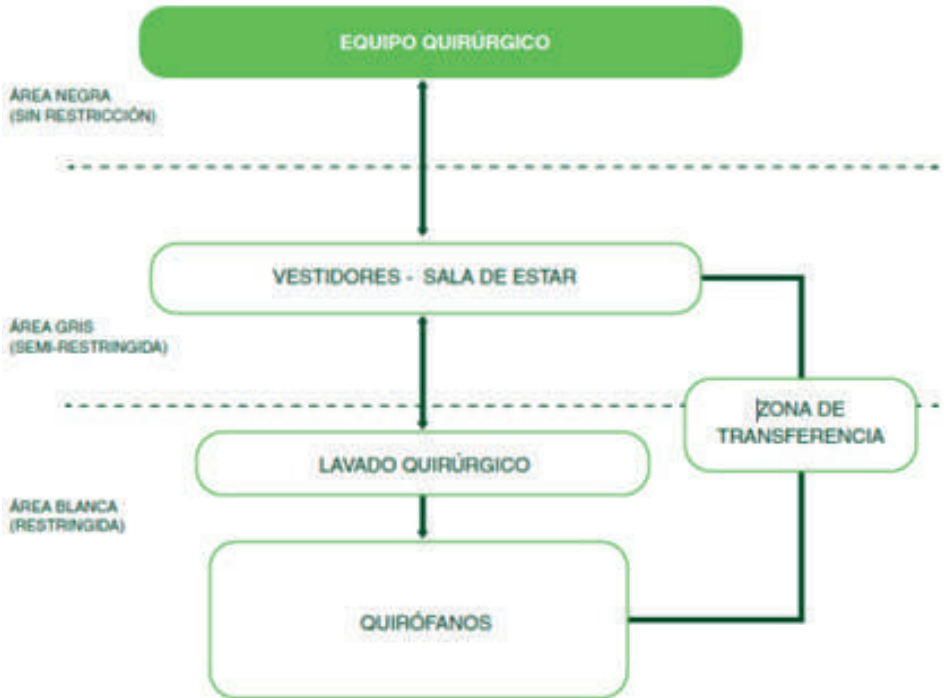


Nota. Tomado de Los flujos de circulación y la organización espacial, hospital regional de Ayacucho de Mauricio (2021) en repositorio digital de la Universidad Peruana Los Andes (p. 29)

Flujograma de circulación del personal

Todo el personal, ya sean cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, personal de apoyo y mantenimiento, debe pasar por la zona negra, la zona gris, donde se encuentran los vestuarios, y luego hacia la zona blanca, donde se encuentra el quirófano; Luego de terminar el trabajo regresan a la zona gris al vestidor para luego salir a la zona negra; como se observa en la figura 14.

Figura 14. Flujograma de circulación de personal



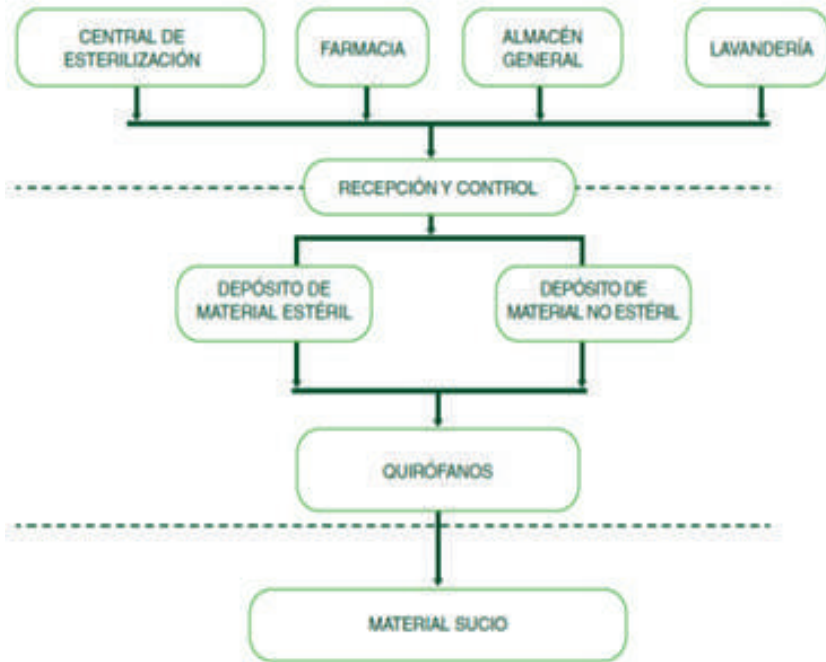
Nota. Tomado de Los flujos de circulación y la organización espacial, hospital regional de Ayacucho de Mauricio (2021) en repositorio digital de la Universidad Peruana Los Andes (p. 29)

Flujograma de circulación de medicamentos, materiales, instrumentos y ropa

Es necesario distinguir dos aspectos muy importantes uno de ellos el material estéril que proviene de la central de esterilización y los materiales no estériles como medicamentos, ambos serán guardados en diferentes depósitos.

Además, luego de su utilización toda la ropa será llevada a la lavandería, los instrumentos y/o materiales utilizados son enviados al departamento de esterilización, los materiales biológicos y los insumos desechables serán llevados al área de tratamiento de desechos (Mauricio, 2021).

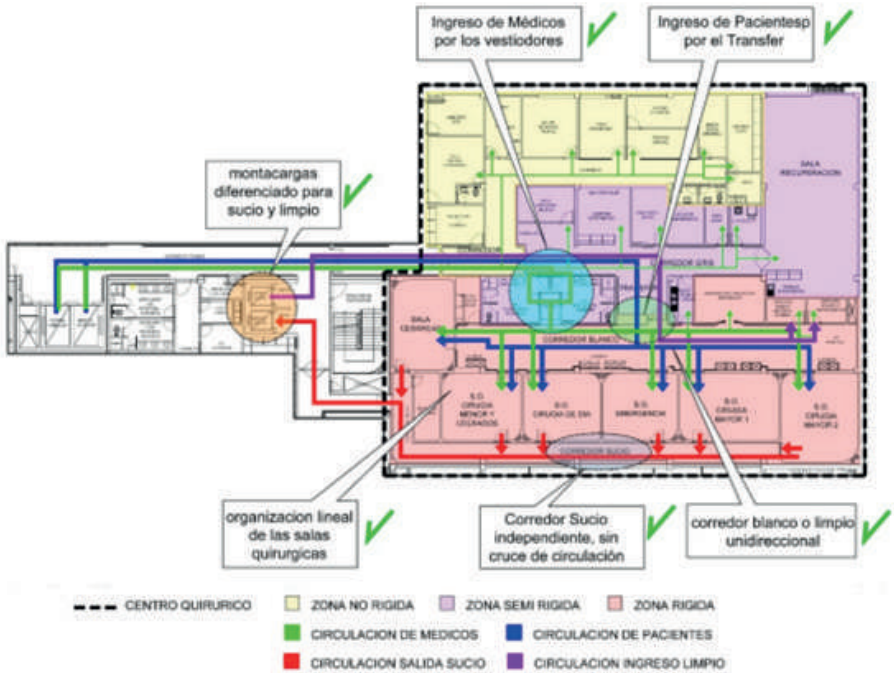
Figura 15. Flujograma de recorrido de medicamentos, materiales e instrumentos



Nota. Tomado de Los flujos de circulación y la organización espacial, hospital regional de Ayacucho de Mauricio (2021) en repositorio digital de la Universidad Peruana Los Andes (p. 30)

Dentro de este orden de ideas, la estructura de la organización debe estar bien diseñada y bien definida para precisar los puestos, las obligaciones y las responsabilidades de cada integrante, esto permitirá “eliminar obstáculos, confusión e incertidumbre en la toma de decisiones” (Fiestas, 2018, p.36). En la Figura 16 se muestra un modelo de estructura de organización en un centro de salud asistencial.

Figura 16. Organización de un centro de salud



Nota. Tomado de Los flujos de circulación y la organización espacial, hospital regional de Ayacucho de Mauricio (2021) en repositorio digital de la Universidad Peruana Los Andes (p. 30)

En el futuro, el entorno de trabajo digital mejorará significativamente la eficiencia laboral. Las instituciones y organizaciones con estructuras de control organizacional, esto incluye los espacios de asistencia de salud, favorecen más los sistemas de control cooperativos.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

IV

Principios generales de bloque quirúrgico y enfermería de anestesia

Edwin Damián Rodríguez Delgado

 <https://orcid.org/0000-0003-0552-8245>



Gracias al avance de la medicina y la cirugía, la unidad quirúrgica se ha transformado en un sistema complejo. La realización del procedimiento requiere la presencia simultánea de varios médicos experimentados. También se requieren materiales especiales. La sincronización de todas estas actividades y participación corresponde a la organización del servicio quirúrgico. Un paso importante es planificar las intervenciones en intervalos de tiempo específicos de las diferentes especialidades quirúrgicas.

La atención sanitaria cambia constantemente. Para satisfacer la creciente demanda de atención médica asequible y de alta calidad, los sistemas de salud deben centrarse en mejorar la eficiencia. El quirófano es una de las mayores fuentes de ingresos y uno de los mayores gastos. Por tanto, la gestión del departamento quirúrgico es la clave del éxito.

Bloque quirúrgico

Por bloque o área quirúrgica se entiende el conjunto de dependencias estrechamente vinculadas entre sí para lograr la práctica de la cirugía en óptimas condiciones.

El bloque quirúrgico (BQ) es un área vital en un hospital, dentro del bloque se realizan procedimientos quirúrgicos y se agrupan las áreas de apoyo en consonancia con las instalaciones y equipamiento necesario para su funcionamiento (Vargas & Martínez, 2021, p.109).

De la misma forma, un bloque quirúrgico es el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los equipamientos necesarios para llevar a cabo todos los procedimientos quirúrgicos previstos comprende el espacio físico donde se desarrolla el proceso asistencial del procedimiento quirúrgico (quirófano y unidad de recuperación post anestésica) y los locales de soporte (Pérez, 2019).

También, Hernández (2022) define el Bloque Quirúrgico (BQ) desde el punto de vista estructural y organizativo, como el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los locales de apoyo, instalaciones y equipamiento necesarios para realizar los procedimientos quirúrgicos previstos.

Además de garantizar las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad quirúrgica.

Por su parte Cachi (2022) considera el bloque quirúrgico una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar a proce-

.....

sos asistenciales mediante cirugía, en un espacio específico donde se agrupan quirófanos con los apoyos e instalaciones necesarios, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos (p.20).

Para garantizar una atención de calidad, siempre se debe garantizar la seguridad y la integridad del paciente durante cualquier procedimiento quirúrgico. A lo largo de los años, se han desarrollado muchas regulaciones y estándares diferentes para proteger a los pacientes y al personal de situaciones imprevistas que puedan ocurrir en el hospital. Climatización, distribución arquitectónica, instalación eléctrica y certificación de equipos son algunos de los aspectos más importantes a considerar a la hora de elegir un BQ.

Infección de sitio quirúrgico (ISQ)

Es indispensable enfatizar que la infección de localización quirúrgica representa el 14% de las infecciones nosocomiales, las cuales se pueden con una estrategia basada en la definición de procesos (Vargas & Martínez, 2021).

Para Arias (2022), las infecciones de sitio quirúrgico se consideran posterior a cirugías y se clasifican en:

- Infección de sitio quirúrgico superficial (ISQS), compromete piel o tejido subcutáneo, ocurre hasta después de los 30 días del procedimiento quirúrgico y solo compromete piel o tejido subcutáneo de la incisión.
- Infección de sitio quirúrgico profunda (ISQP), dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico si no se deja un implante en el lugar; o, dentro de 1 año si hay implante y la infección está relacionada con la cirugía y compromete tejidos blandos profundos, como fascia o capas musculares.

Debido a esto, es que el BQ es un área exclusiva para el personal competente y los pacientes. Se provee así de una organización enfocada en el movimiento de pacientes, en el traslado de instrumental contaminado o estéril, y en el almacenamiento de materiales estériles; entre otros aspectos.

Gestión de bloque quirúrgico

Para (Hernández C. , 2022) En la estructura organizativa del BQ se recomienda la existencia de un coordinador/a médico, uno o varios supervisores/as de enfermería y un comité de quirófano.

- El coordinador/a de quirófanos ejerce de puente entre el BQ y la dirección del centro. Ajusta el funcionamiento del BQ a los objetivos estratégicos, con una visión global, formula procedimientos de actuación para una mejora en la eficacia, vela por el cumplimiento de las medidas de calidad y seguridad del paciente y media en los conflictos.
- El supervisor/a de quirófanos es el responsable de planificar y coordinar los procesos de enfermería, así como de gestionar los recursos humanos y materiales, de acuerdo con los objetivos estratégicos del hospital.
- El comité de quirófano proporciona un marco general, define la estrategia del BQ de modo consensuado y facilita la resolución de conflictos. La composición del comité varía entre los diferentes hospitales. Deben estar representados los principales colectivos que participan en la actividad: enfermería, anestesiólogos y cirujanos.

De acuerdo con Hernández (2022), a efectos prácticos, en el BQ destacan cuatro grandes ámbitos de gestión, planteados en la tabla 10.

Tabla 10. Ámbitos de gestión hospitalaria

Ámbitos de gestión en un bloque quirúrgico
<p>• Procesos y circuitos perioperatorios. El conocimiento y análisis de los procesos y circuitos perioperatorios permiten plantear acciones de mejora y procedimientos que permitan acortar tiempos.</p>
<p>• Actividad quirúrgica. El análisis del indicador de la ocupación de quirófano permite identificar las horas de mayor ocupación y las especialidades quirúrgicas de mayor actividad pudiéndose realizar una gestión eficiente de los recursos y ajustar los costes, como se muestra en la tabla xx.</p>
<p>• Recursos materiales. La gestión eficiente del material que se utiliza en el BQ es una parte fundamental en el proceso debido a su elevado coste, pero también a su repercusión en la calidad y bioseguridad. Están implicados los servicios quirúrgicos, enfermería, la dirección.</p>
<p>• Recursos humanos. La gestión del BQ implica conocer a los equipos, el dimensionamiento de las plantillas y servicios quirúrgicos.</p>

Nota. Tomado de Gestión del área quirúrgica hospitalaria. Perspectivas directiva y asistencial de Hernández (2022) en Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud.

Como puede apreciarse en la tabla 11 se comparten ejemplos de indicadores de actividad y eficiencia en un bloque quirúrgico.

Tabla 11. Ejemplos de indicadores de actividad y eficiencia en el bloque quirúrgico

Indicadores de actividad.

- Número de cirugías en actividad programada.
 - Número de cirugías en actividad urgente.
 - Número de cirugías en actividad extraordinaria.
-

Indicadores de eficiencia

Se suelen establecer 6 indicadores para valorar la eficiencia en la utilización del BO:

Tiempo quirúrgico: Tiempo desde que el paciente entra al quirófano hasta que sale del mismo. Puede desglosarse

- Tiempo de bloque: hora de entrada y hora de salida del bloque.
- Tiempo de anestesia: hora de inicio y finalización de la anestesia
- Tiempo de cirugía: hora de incisión y cierre de la intervención.

Tiempo de rotación del quirófano: Tiempo que transcurre entre la salida del paciente del quirófano y la entrada del siguiente. Corresponde al tiempo de limpieza y preparación.

Índice de ocupación o rendimiento bruto del quirófano: $[(\text{Sumatorio del tiempo que los pacientes están en el quirófano (salida-entrada al quirófano + sumatorio del tiempo entre cirugías)}) / (\text{sumatorio de las horas o sesiones disponibles})] \times 100.$

Índice de ocupación o rendimiento neto del quirófano: $[(\text{Sumatorio del tiempo que los pacientes están en el quirófano (salida-entrada al quirófano)}) / (\text{sumatorio de las horas o sesiones disponibles})] \times 100.$

Tiempo de sobreutilización del quirófano: factor corrector del indicador número 3. Tiene utilidad para comprobar si el tiempo programado ha sido bien gestionado; si se sobrepasa, no sería adecuado o se tendría que reevaluar esa cantidad de tiempo que se ofrece.

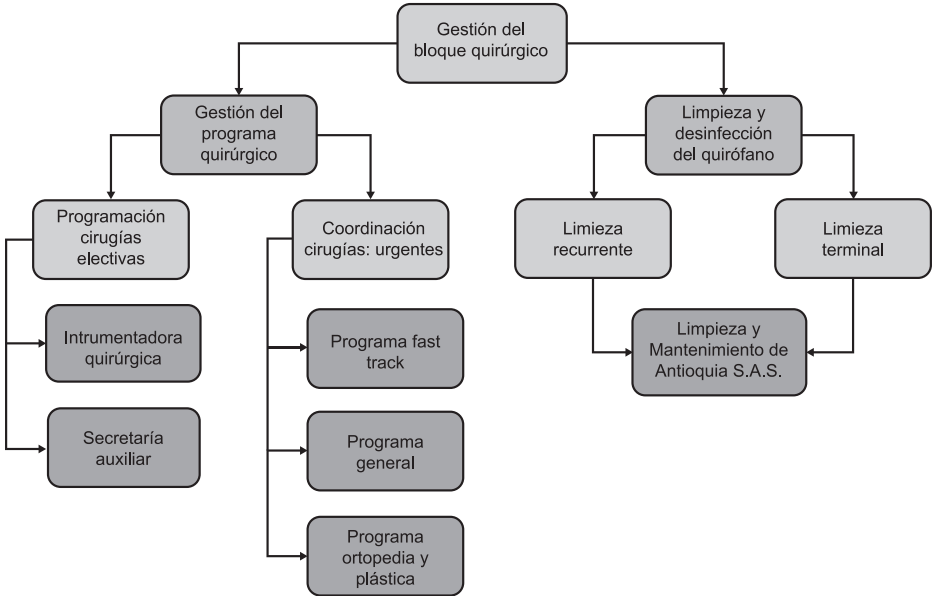
Porcentaje de cancelaciones de operaciones programadas el día de la cirugía: Cualquier operación programada en la lista definitiva del quirófano, que no se realizó ese día

Nota: No existe un acuerdo universalmente aceptado sobre cuál es el nivel óptimo de utilización de los quirófanos. Las referencias de la literatura proponen un rango entre el 75% y 90%.

Nota. Tomado de Gestión del área quirúrgica hospitalaria. Perspectivas directiva y asistencia de (Hernández C. , 2022) en revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud, (p. 5)

Para Pérez (2019), se denomina la gestión del bloque quirúrgico al proceso de gestión del programa quirúrgico y al proceso de limpieza y desinfección del quirófano, como se observa en la Figura 17

Figura 17. Definición de gestión del bloque quirúrgico



Nota. Tomado de Mejoramiento de la gestión del bloque quirúrgico del Departamento de cirugía del Hospital Pablo Tobón Uribe de Pérez (2019) en repositorio de la Universidad de Antioquia (p. 16)

Normas y zonificación del bloque quirúrgico

El 30% de las infecciones del sitio quirúrgico son debidas al depósito de las partículas suspendidas en el aire que transportan microorganismos a la herida quirúrgica y el otro 70%, son atribuibles al material quirúrgico y a las manos de los profesionales sanitarios (Barbosa, y otros, 2021).

Las personas (profesionales y pacientes), cuando se movilizan, son las principales fuentes de microorganismos. Por ello, para Barbosa, y otros (2021) lo primero se debe hacer es, reducir al máximo la carga bacteriana dentro del bloque quirúrgico mediante las siguientes medidas:

- Disminución del número de personas y sus movimientos
- Asegurar una adecuada renovación del aire (p.6)

Así mismo, el bloque quirúrgico está definido por zonas según Barbosa, y otros (2021), estos se describen en la tabla 12.

Tabla 12. Zonificación del bloque quirúrgico

Zonificación del bloque quirúrgico
<p>• Zona de acceso al bloque o zona de menor restricción.</p> <p>Comprende la admisión de pacientes, los despachos de los responsables del bloque y el espacio habilitado para la información de familiares. Es propiamente el área de acceso a la unidad quirúrgica; por ella circula el personal del bloque quirúrgico y el que se encarga del traslado de los pacientes al bloque quirúrgico.</p>
<p>• Zona semi-restringida</p> <p>Comprende el vestuario de acceso a los quirófanos y la REA-URPA. Sólo debe tener acceso el personal que trabaja y/o interviene en la actividad misma del bloque. En esta zona se debe realizar el cambio a la vestimenta del bloque (pijama y calzado de uso exclusivo) previo al paso a la zona restringida.</p>
<p>• Zona restringida</p> <p>Comprende los quirófanos propiamente dichos, los espacios de lavado de manos quirúrgico, la zona de descanso del personal, los pasillos de acceso y los almacenes donde se deposita todo el material esterilizado y listo para su uso. Además de la vestimenta quirúrgica, el personal utilizará siempre gorro que cubra el pelo completamente, mascarilla quirúrgica y calzas.</p>

Nota. Información tomada y adaptada de Disciplina y prevención del riesgo de infección de Barbosa, y otros (2021) en revista Quironsalud (p.6)

Los sistemas en un bloque quirúrgico.

Un bloque quirúrgico o sala de operaciones está compuesta por tres principales sistemas, mismos que son los encargados de realizar funciones de asistencia de forma directa en un proceso de cirugía.

Los sistemas de gases medicinales, eléctrico y de climatización son de suma importancia para la seguridad del paciente y para conformar un hospital seguro, no solo el mantenimiento periódico es suficiente para asegurar que estos sistemas se encuentran en óptimas condiciones para poder ser soporte de estos procesos quirúrgicos (Orellana, 2022).

En cuanto a la ventilación y climatización, es importante destacar que cada quirófano debe contar con un equipo de tratamiento de aire independiente con el fin de hacer que las labores de mantenimiento de un quirófano no afecten al resto (Fernández A. , 2019).

Ahora bien, hay que destacar que, dentro de la zona estéril se encuentran los quirófanos. Estos pueden ser de diferentes categorías en función de la tipología de la intervención que se lleve a cabo en ellos.

Como lo hace notar Fernández (2019), dependiendo del tipo de quirófano se establecen ciertos requisitos en lo que a la difusión de aire se refiere, por ejemplo:

• Quirófanos de tipo A

Los quirófanos de tipo A son empleados en intervenciones de cirugía cardíaca y vascular, trasplante de órganos, neurocirugía o traumatología. Dado que dichas operaciones suelen presentar heridas quirúrgicas de gran tamaño la posibilidad de ser infectado se dispara, por lo que se necesita un ambiente lo más estéril posible.

Para conseguir dichas prestaciones se emplea un sistema de difusión de aire de forma que se establece un flujo laminar en el interior del quirófano.

• Quirófanos de tipo B

Los quirófanos de tipo B son los más habituales. La difusión de aire se realiza con régimen laminar o turbulento. En caso de ser turbulento, se introduce el aire impulsado desde el techo de forma que se logra una mezcla con el aire del ambiente.

• Quirófanos de tipo C

Son los empleados en cirugía menor ambulatoria, salas de parto y endoscopias. Los requisitos en cuanto a caudales de impulsión son menores que el resto, pues se requieren solamente 1200 m³/h de aire exterior con 15 renovaciones/hora.

La enfermería de anestesia

El eje central de la enfermería es la prestación de cuidado; cuidado es el acto de ayudar, asistir o asistir a otra persona o grupo de personas con una necesidad aparente o prevista, con el objetivo de mejorar la condición humana o su forma de vida.

Dentro de este marco conceptual, se debate sobre la necesidad de especialidades específicas de enfermería que proporcionen y estandaricen la adquisición y práctica de conocimientos específicos que permitan a los profesionales brindar unos cuidados de enfermería adecuadamente planificados, anticipando problemas potenciales y adaptados individualmente al individuo. paciente. paciente.

La anestesiología se define como una especialidad del área médica, dedicada al confort y cuidados de los pacientes durante la intervención quirúrgica y otros procesos que puedan resultar molestos o dolorosos; (San Martín & Rivas, 2020). En otras palabras, su rol principal es preocuparse de mantener

la hemodinamia del paciente en rangos normales, profundidad anestésica, adecuado alivio del dolor y bienestar general de éste.

Con relación a la historia de la anestesia en enfermería, en la segunda mitad del siglo XIX, las enfermeras asumen este rol debido a la escasez de médicos anestesiólogos, manteniendo su formación de base que era el cuidado integral del individuo, familia y comunidad en todas las etapas del ciclo vital (San Martín & Rivas, 2020, p.176).

Así pues, la enfermería representa el 59% de los profesionales sanitarios en el mundo, no obstante, y debido a la creciente demanda de estos profesionales, resulta insuficiente para satisfacer la cobertura sanitaria de los países a nivel mundial (Collado, 2023).

En el estudio sobre la Situación de la enfermería en el mundo en 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra los beneficios y la importancia de ampliar la práctica enfermera dentro del Sistema Nacional de Salud.

Para describir a la Enfermera de Práctica Avanzada se sigue la definición según el International Council of Nurses (ICN), citado por Collado (2023) definiéndola como “una enfermera especializada, experta con habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para la práctica avanzada de la enfermería, cuyas características están modeladas por el contexto en el que se acredita para ejercer (p.3).

Según Collado, la Enfermera Anestesióloga (EA) es definida como “una enfermera de práctica avanzada que posee los conocimientos, habilidades y competencias para prestar cuidados personalizados en materia de anestesia, control del dolor y servicios relacionados con la anestesia a pacientes en todo su ciclo vital, incluidas las enfermedades o lesiones inmediatas, severas o que amenazan la vida (Collado, 2023).

La presencia de especialistas puede considerarse uno de los indicadores del nivel de calidad de la atención médica en estos sistemas de salud, si entendemos que el trabajo de una enfermera especialista contribuye en parte: mejorar el espíritu de equipo, acelerar el tiempo de atención médica, aumentar el tiempo de atención médica, tiempo de cuidado, nivel de seguridad en la práctica entre otros aumentando la satisfacción del paciente.

Para La Asociación Internacional de Enfermería de Anestesia (IFNA) la define como, aquella que provee o participa en la realización de técnicas avanzadas o especializadas y servicios de anestesia a pacientes que requieran de los mismos, cuidados respiratorios, resucitación cardiopulmonar y/u

otras emergencias o servicios de mantenimiento de la vida (Alonso, 2017). Igualmente, participa en la aplicación de las diferentes técnicas analgésicas tanto para el dolor agudo, como en el crónico, en el ámbito de las clínicas y unidades de dolor, de acuerdo al autor.

En este contexto de seguridad, la EA cuenta con una herramienta “la Lista de Verificación de la Seguridad Quirúrgica”, comúnmente conocida como Check-List, que fue lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 y que facilita esta detección de errores.

La enfermera de anestesia es la primera en recibir al paciente en quirófano, con lo cual es la encargada de realizar el checklist del paciente siguiendo las guías clínicas de seguridad del paciente (Ruíz & Llauradó, 2021, p. 1).

Entonces, una vez se tiene al paciente en la mesa quirúrgica, las enfermeras de anestesia proceden a:

- Monitorización.
- Fármacos anestésicos.
- Vía aérea.
- Reserva de sangre.

Funciones y competencias desempeñadas por los enfermeros en el ámbito quirúrgico; están en constante evolución, son utilizados por enfermeras en entornos quirúrgicos, están orientados a los cambios que constantemente se producen en la atención sanitaria, están enfocados a la prestación de cuidados de alta calidad, incluyendo elementos de gestión que conduzcan a una mejor salud para cada paciente sometido a cirugía.

La función de la enfermería, en su vertiente asistencial, abarca una serie de procesos que engloban todo el proceso de la intervención quirúrgica, más allá de la intervención quirúrgica en sí, son los llamados procesos perioperatorios: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio (Serra, 2023, p.6). Es decir, es en el conjunto de estos procesos, donde se deben tomar las medidas necesarias encaminadas hacia el mayor nivel de seguridad y calidad de los cuidados del paciente.

Por lo tanto, para Alonso (2017) se considera que la instauración de la enfermera de anestesia dentro del ámbito hospitalario resulta una necesidad imperiosa que da respuesta tanto a los cambios y demandas de la sociedad actual, como a la cultura de seguridad y calidad de los cuidados.

Además, su presencia no sólo beneficia y mejora la atención al paciente en casos de enfermedades agudas o crónicas. La enfermería está influenciada por el aspecto humanista que la caracteriza y por ello aboga por la adaptación a estos procesos.

En referencia a esto, (Alonso, 2017) plantea, los procesos que se ven enriquecidos con el conocimiento de las funciones que ha de hacer la EA, de ahí esa necesidad de establecer clara y definitivamente las funciones, expresadas en la tabla 13.

Tabla 13. Funciones de la Enfermería Anestésica

Función	Tareas
En preanestesia:	<ol style="list-style-type: none"> 1 Recepción e identificación del paciente. 2. Presentación. 3. Comprobación de los datos personales y la historia clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio: que existan, que estén correctas y en su defecto marcar las anomalías. • Antecedentes de interés: diferentes patologías, obesidad, diabetes, cuello corto y flexibilidad, dificultad de accesos venosos. • Visita pre-anestésica: Que esté realizada, comprobar el consentimiento informado, comprobar la reserva de sangre. 4. Informar de los datos de interés al resto del equipo. 5. Soporte psicoemocional durante todo el proceso, estableciendo una relación de empatía, procurando un clima de cordialidad y confianza.
En intraoperatorio:	<ol style="list-style-type: none"> 1.Preparación del quirófano y de la técnica anestésica. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del funcionamiento correcto de: Sistemas de monitorización, sistemas de infusión, sistemas de aporte de oxígeno, sistemas de ventilación manual, sistemas de aspiración, sistemas de apoyo en las maniobras de resucitación. Comprobación y control de drogas anestésicas y medicación de soporte. Material de la vía aérea. • Preparación de: Medicación de inducción y de soporte para la anestesia, mesa de quirófano con los diferentes accesorios de acomodación, sueroterapia, bombas de infusión, mesas estériles. 2. Recepción y preparación del paciente. 3. Monitorización: de la función cardiovascular, de la ventilación, neuromuscular, del SNC. 4. Canalización del resto de vías venosas y arterial, siendo solo exclusiva del anestesiólogo la vía venosa central, cuando el acceso es vía yugular interna, externa o subclavia. 5. Asistencia durante la inducción e intubación. Manejo de la vía aérea. 6. Administración protocolizada de la sedación, según lo establecido por el Servicio de Anestesiología, bajo supervisión directa del anestesiólogo responsable del área. 7. Control y administración de sueroterapia y hemoderivados. El control transfusional se realizará siguiendo el protocolo de cada centro 8. Control de constantes y de pérdidas hemáticas. 9. Apoyo asistencial en la educación y extubación del paciente.

10. Registro en la gráfica del curso clínico del paciente, durante todo el acto anestésico. La gráfica de anestesia se cumplimentará de forma indistinta.

Proporcionar unos cuidados y una estricta vigilancia, para asegurar una evolución postanestésica y postoperatoria sin incidentes, ni complicaciones.

En postoperatorio

- Vigilar la recuperación del paciente que ha sido intervenido, bajo anestesia general, regional y/o sedación.
- Valorar el dolor, estableciendo los cuidados y el tratamiento según la técnica prescrita.
- Prevenir, detectar e identificar las posibles complicaciones que puedan surgir durante este proceso.
- Control hemodinámico
- Tolerancia a la sedestación/bipedestación, deambulación.
- Control de náuseas y vómitos y de efectos secundarios. • Información post-anestésica: reanudación de la actividad habitual, reanudación de la ingesta, etc.
- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes.

Nota. Información tomada de Información y percepción de los profesionales sanitarios involucrados en el cuidado quirúrgico intraoperatorio acerca de la enfermera de anestesia de Alonso (2017) en repositorio de Universidad de Laguna (p.8)

Los cuidados de enfermería en la sala de anestesia y quirófano requieren una formación integral, enfocada y de alta calidad, basada en parámetros de desempeño y calidad, como la seguridad anestésica del paciente.

La evolución de la especialidad en los últimos años, tanto desde el punto de vista farmacológico como tecnológico, es un hecho reconocido que ha contribuido de forma significativa al progreso de la cirugía (Fernández, Sarduy, & Sarduy, 2023, p.13).

Gracias a los cuidados que el profesional de enfermería de anestesia proporciona al paciente quirúrgico, disminuyen las posibles complicaciones que potencialmente puede ocasionar la cirugía a la que se someta, optimizando su recuperación integral y por consiguiente reduciendo su estancia hospitalaria, y disminuyendo la mortalidad y morbilidad (Serra, 2023).

Por tanto, el concepto de un programa de formación de enfermeras en el campo de la anestesia y cuidados críticos debe apuntar a alcanzar la excelencia en la preparación de este recurso humano en un determinado centro de salud.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**

con una mirada humanista

Capítulo

V

Valoración preanestésica

Alexandra Marianela Anchundia López

 <https://orcid.org/0000-0001-5846-8958>



Hasta el siglo XII, la medicina y la cirugía eran dos profesiones diferentes, hasta el punto de que el juramento hipocrático prohibía la participación del médico en cualquier intervención quirúrgica. No fue hasta el siglo XIX, con la llegada de los anestésicos y la obra de Pasteur, que se comenzó a analizar la alta morbilidad que se presentaba en los pacientes quirúrgicos, y a partir de entonces la medicina y la cirugía también siguen el mismo camino de desarrollo.

La protección y seguridad de los pacientes antes, durante y después de la cirugía no es sólo responsabilidad de los anestesiólogos sino también es deber primordial de los cirujanos generales, como especialistas adecuados. La mejor intervención posible es con el anestesiólogo para preparar al paciente, así como, la recuperación después de la cirugía.

El anestesista es quien tiene la formación adecuada para desempeñar esta función, pero debe ser un esfuerzo conjunto de ambas partes, porque sólo así evitaremos las pausas preoperatorias, aumenta el estrés anestésico en los pacientes e indica baja calidad de salud. atención brindada para ellos. Esto garantiza una atención hospitalaria integral, lo que se traduce en una alta satisfacción del paciente.

La capacidad de contar con expertos que puedan brindar atención clínica, respaldados por una base científica sólida y consensuada por expertos, facilita la toma de decisiones, estandarizar criterios, reducir la incertidumbre y los costos organizacionales, en beneficio de los pacientes, asegurando una mayor satisfacción y minimizando los costos hospitalarios, la cual se convierte en una poderosa herramienta de trabajo.

Para Cueva & Moyano (2019), inicialmente la evaluación clínica previa a una intervención se realizaba paciente al momento del ingreso hospitalario el día previo a su cirugía o inclusive pocas horas antes de la misma y no fue hasta 1949 cuando se cambió este paradigma tras el enunciado del Dr. Alfred Lee en 1949 que reconoció que: Para el anestesiólogo, el conocer a un paciente la noche anterior a la cirugía, o incluso dos o tres días antes no es suficiente. El mismo debería ser evaluado al momento en el que se lo añade a la lista de espera (p.13)

El papel del anestesiólogo durante la atención perioperatoria implica preparar al paciente en el campo médico y psicológico, calmar al enfermo, conquistar su colaboración y confianza, prever posibles dificultades y prepararlo para la cirugía (Reyes, 2022). De hecho, dentro de la humanización también destaca manifestar paciencia con el paciente y sus familiares, ser empático y ponerse en el lugar del otro.

Así mismo, la evaluación preoperatoria es aquella orientada a determinar el estado de salud de un paciente, previo a una intervención quirúrgica, con el fin de descartar la existencia de patologías o alteraciones momentáneas que puedan incrementar el riesgo de mortalidad o complicaciones médicas durante la intervención (Cueva & Moyano, 2019).

El cuidado preoperatorio se efectúa de manera rutinaria tanto a pacientes de cirugía electiva como de emergencia, pero en la práctica diaria es común ver que algunos cirujanos generales tienen limitaciones para realizar esta tarea, el objetivo es devolver al paciente a su condición óptima antes de la cirugía.

Valoración preanestésica

Es una valoración que precede a un acto anestésico, analgésico y de sedación, tanto para un acto quirúrgico como no quirúrgico.

Para Lara (2021), la valoración preanestésica es el protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis. Además, plantea que, la realización de la evaluación preanestésica es responsabilidad únicamente del anestesiólogo (p.7)

La evaluación preanestésica nos proporciona información sobre el paciente y nos permite derivarlo selectivamente a médicos especialistas (p. ej., neumólogos, cardiólogos) para complementar el tratamiento y así reducir el riesgo de la anestesia quirúrgica.

Destaca De Aquino (2020), que la valoración preanestésica es definida por la Sociedad Americana de Anestesiólogos como el proceso de valoración clínica que precede al acto anestésico para procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos (p.9).

Así pues, el objetivo fundamental de la valoración preanestésica es obtener información pertinente de los antecedentes del paciente para formular una valoración de su riesgo perioperatorio y desarrollar un plan para optimizar su estado previo a la cirugía, a nivel médico y psicológico, disminuyendo la morbilidad (Reyes, 2022, p.17).

También Lara (2021) recomienda dentro de sus objetivos, evaluar el estado de salud de los pacientes con anterioridad al acto anestésico, con objeto de determinar si alguna enfermedad coexistente, puede modificar, retrasar o

contraindicar la cirugía; evaluar el riesgo anestésico y según el tipo de cirugía; planificar la anestesia y el tratamiento del dolor postoperatorio; informar acerca de la técnica o técnicas anestésicas aplicables (p. 7).

Desde luego, la entrevista con el paciente es la herramienta más efectiva de evaluación preoperatoria y es la primera aproximación del anestesiólogo al paciente.

Ésta debe enfocarse en detectar comorbilidad no diagnosticada que pueda aumentar el riesgo perioperatorio, alergias, antecedentes médicos y quirúrgicos, uso de medicamentos y hábitos como tabaco o alcohol (Kunze, 2017).

De igual forma, estos lineamientos establecen que el examen físico debe incluir, como mínimo: peso y talla, signos vitales, evaluación de las vías respiratorias, auscultación pulmonar, examen del sistema circulatorio y condiciones circulatorias quirúrgicas necesarias para procedimientos anestésicos, como la anestesia regional, bloqueos, etc.

Para González (2021), es importante una buena evaluación preanestésica del paciente, que conste de una historia completa y una buena anamnesis, de un examen físico, de un hemograma y bioquímica, de un electrocardiograma y de radiografías de tórax.

Además, si lo amerita, también estará indicada la realización de endoscopias, tomografía computarizada, ecocardiografías y resonancias magnéticas en los casos en los que sea necesario.

No obstante, al otro extremo existe la tendencia de algunos especialistas solicitar exámenes “de rutina”, sin un análisis previo de la historia clínica y examen físico. “De rutina” se define como un examen solicitado en ausencia de una indicación clínica o propósito.

De acuerdo con Kunze (2017), está demostrado en numerosos trabajos que los exámenes de laboratorio solicitados como rutina y sin base clínica, no tienen ningún rendimiento significativo, encarecen la atención, generan postergaciones innecesarias, afectan la contención de costos (p. 663)

Por ello, la consulta pre anestésica es un elemento esencial de la seguridad anestésica, puesto que los datos obtenidos en esta consulta permiten elegir la técnica anestésica y los cuidados perioperatorios más adecuados al estado clínico del paciente y al procedimiento programado.

Por consiguiente, es necesario establecer una adecuada comunicación anestesiólogo - paciente para obtener datos e influir en la tranquilidad del

paciente disminuyendo dudas y estrés al procedimiento que se va efectuar, dando así un procedimiento anestésico de mejor calidad (De Aquino, 2020).

Así pues, la “pre-habilitación” Es un concepto emergente en Medicina Perioperatoria que, además de la preparación clínica y farmacológica para la cirugía, busca optimizar la capacidad funcional, minimizar el stress emocional y mejorar el estado nutricional del paciente, ya desde el preoperatorio (Kunze, 2017).

Los protocolos juegan un papel esencial en la práctica clínica, especialmente para garantizar una atención segura al paciente. Esto se debe a que su adopción minimizará la variación de procedimientos, registros, procedimientos y tareas realizadas de forma regular.

Los protocolos facilitan la estandarización e incrementan la confiabilidad en el cuidado de la salud del paciente, reduciendo el error humano en la ejecución de procesos complejos (De Aquino, 2020, p.9).

Según Kunze (2017), estudios recientes muestran que en determinado grupo de pacientes una evaluación preoperatoria realizada con anticipación en la consulta, por un anestesiólogo, reduce la morbilidad. El registro obtenido después de la visita debe incluir como mínimo:

1. Descripción de los diagnósticos actuales.
2. Tratamientos actuales, tanto farmacológicos como alternativos.
3. Determinación de la condición médica del paciente (p.662)

La anestesiología

La anestesiología como especialidad ha evolucionado pasando de ser la que ejercía dentro de salas de cirugía a ser aquella encargada del manejo perioperatorio de los pacientes, evaluando y tratando a los pacientes en la fase preoperatoria, intraoperatoria y manejando el dolor posoperatorio (Reyes, 2022)

La anestesia en sí misma plantea riesgos para los pacientes sanos de cualquier origen. La clasificación ASA fue creada para determinar de alguna manera el riesgo anestésico de cada paciente en función de su condición médica.

Para De Aquino (2020), los pacientes de alto riesgo anestésico representan tan solo el 10% de los pacientes quirúrgicos, sin embargo, contabilizan el 80% de las muertes perioperatorias y se considera que solo el 50% de ellos reciben el cuidado apropiado.

Además, el autor refiere que, los beneficios de los servicios perioperatorios incluyen, aumento de volumen quirúrgico, disminución de la estancia hospitalaria (de 0,2 a 1,3 días), menor índice de cancelaciones (de un 1 a un 8%) disminución de los costos hospitalarios (de un 8 a un 18%) (De Aquino, 2020).

La clasificación de ASA, con sus pro y contra, es un concepto que sigue siendo ampliamente usado como estratificación de riesgo. Citando a Kunze (2017), lo nuevo en esta clasificación es la introducción de ejemplos concretos por parte de la Asociación Americana de Anestesiología, en octubre 2014, su clasificación se expresa en la tabla 14.

Tabla 14. Clasificación ASA

Clasificación Asa	Características
ASA I	Es un paciente sano, que no fuma y no bebe o tiene mínimo consumo de alcohol.
ASA II	Es un paciente con leve enfermedad sin limitación funcional, como, por ejemplo, paciente fumador, bebedor social, obeso con índice de masa corporal (IMC) entre 30 y 40, diabético o hipertenso bien controlado, leve enfermedad pulmonar.
ASA III	Es un paciente con limitación funcional y ejemplos incluyen diabetes y/o hipertensión mal controlada, enfermedad pulmonar obstructiva, obesidad mórbida con IMC sobre 40, hepatitis activa, dependencia o abuso al alcohol, disminución en la fracción de eyección, insuficiencia renal en diálisis, presencia de marcapaso, stent, antecedente de infarto de más de 3 meses de evolución, entre otros.
ASA IV	Es un paciente con enfermedad severa en constante riesgo vital y los ejemplos son: infarto reciente menos de 3 meses, isquemia miocárdica actual, accidente vascular, severa disminución de la fracción de eyección, disfunción valvular severa, sepsis, insuficiencia renal avanzada sin diálisis
ASA V	Es un paciente moribundo, cuya sobrevivencia depende de la cirugía, como por ejemplo rotura de aneurisma aórtico torácico o abdominal, hemorragia cerebral masiva con efecto de masa, traumatismo severo, entre otros.

Nota. Información tomada de Evaluación preoperatoria en el siglo XXI de Kunze (2017) en revista médica clínica Condes (p.663)

Los exámenes solicitados en el preoperatorio de cirugías electiva, deberán estar justificados en base a la información obtenida en la historia clínica, la entrevista con el paciente y el examen físico, además del tipo de cirugía. Algunos de ellos se establecen en la tabla 15.

Tabla 15. Exámenes de rutina preoperatorios

Exámenes de Rutina preoperatorio
<p>Electrocardiograma: No hay consenso en la edad a partir de la cual se debiera solicitar electrocardiograma "de rutina" y no se puede utilizar sólo la edad como criterio para realizar este examen</p>
<p>Radiografía de tórax: Antecedentes clínicos como tabaquismo, infección respiratoria reciente, enfermedad pulmonar obstructiva y patología cardíaca se correlacionan con mayor incidencia de radiografía de tórax alterada, pero no necesariamente justifican la solicitud de este examen.</p>
<p>Hematocrito/Hemoglobina: Definitivamente no debe ser un examen a solicitar de rutina. Características clínicas a considerar para solicitarlo son el tipo e invasividad de la cirugía, edades extremas, enfermedad hepática, historia de anemia o sangrado</p>
<p>Pruebas de coagulación: No existe evidencia suficiente que demuestre que el uso de pruebas de coagulación de rutina cambie el manejo perioperatorio ni la morbimortalidad en pacientes asintomático</p>
<p>Glicemia: La glicemia perioperatoria elevada (mayor a 80mg/dl) aumenta la morbimortalidad y prolonga la estadía hospitalaria, principalmente dado la mayor incidencia de infecciones postoperatorias.</p>

Nota. Información tomada de Evaluación preoperatoria en el siglo XXI de Kunze (2017) en revista médica clínica Condes (p.663)

Los avances tecnológicos en cirugía han hecho que los procedimientos quirúrgicos sean más accesibles y seguros para pacientes que antes eran inaccesibles a la cirugía debido a su edad o alto riesgo. Por tanto, la tarea es optimizar el estado general del paciente.

Riesgo quirúrgico

Un componente de la evaluación preoperatoria es la evaluación determinada por el procedimiento o cirugía en sí. Los riesgos asociados con la cirugía dependen del tipo y la duración de la cirugía, así como de su duración.

Para Benavides & Ramírez (2023), el momento en que se debe realizar la cirugía es un determinante del riesgo de complicaciones, de manera amplia se ha demostrado que los procedimientos realizados de forma aguda tienen mayor mortalidad que los electivos.

El riesgo quirúrgico se define como la posibilidad de lesión o complicaciones debido a eventos, características o circunstancias identificables que pueden amenazar la salud o la vida del paciente durante el período perioperatorio.

Así mismo, refieren Pico & Vega (2023), quienes plantean que el riesgo quirúrgico se define como la probabilidad de complicaciones clínicas y de mortalidad en el periodo perioperatorio (p.601). A su vez, la evaluación, que tradicionalmente ha sido responsabilidad del anestesiólogo, ha evolucionado hacia un esfuerzo conjunto e integrado entre el paciente, el cirujano, el anestesiólogo y otros profesionales de la salud.

De acuerdo con Velásquez (2020), por su naturaleza se reconocen diversas categorías: los dependientes de las condiciones generales del enfermo; los que son consecuencia de la enfermedad a tratar; los que dependen de la intervención y aquellas que relacionados con la infraestructura hospitalaria (p.32)

Esto significa que el riesgo global será el resultado de la interacción y contribución de estos cuatro tipos de riesgo. Estos dos últimos dependerán de la habilidad, ingenio y criterio clínico del equipo médico; En este caso, la responsabilidad recae principalmente en los expertos que llevan a cabo las actividades operativas en términos de competencia, idoneidad, compromiso y provisión de recursos.

Como afirma Benavides & Ramírez (2023) la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) clasifica las cirugías de acuerdo con el tiempo en:

1. **Inmediata:** cirugía que se debe realizar sin ningún retraso para salvar la vida o la función de un órgano.
2. **Urgente:** cirugía que se debe realizar sin retraso innecesario para salvar la vida o la función de un órgano o extremidad.
3. **Sensible al tiempo:** cirugía debe ser realizada tan pronto como sea posible pues existe riesgo dependiente del tiempo transcurrido de perder una extremidad u órgano o de aumento de complicaciones. El ejemplo usual es la cirugía oncológica. La ventana de tiempo depende de la patología subyacente.
4. **Electiva:** cirugía puede ser realizada de manera programada sin riesgo significativo de pérdida de órganos, extremidades o aumento de complicaciones. (p 27)

Mientras que el Colegio Americano de Cardiología (ACC, por sus siglas en inglés) y la Asociación Americana del Corazón (AHA), según Benavides & Ramírez (2023), clasifican temporalmente las cirugías de la siguiente manera:

1. **Emergencia:** procedimiento se debe realizar en menos de 6 horas pues pone en riesgo la vida, con limitación de realizar abordaje preoperatorio.
2. **Urgencia:** está limitada la evaluación preoperatoria pues el procedimiento se debe realizar entre 6-24 horas por riesgo de compromiso de la vida o extremidades.
3. **Sensible al tiempo:** permite realizar una valoración preoperatoria, pero el procedimiento se debería realizar entre 1-6 semanas.
4. **Electiva:** el procedimiento se puede realizar de manera programada incluso a un año.

Estimación de riesgo quirúrgico

Los riesgos quirúrgicos determinan objetivamente el daño que se puede causar al paciente, así como el impacto del propio procedimiento quirúrgico o sus complicaciones en diferentes ámbitos como el físico, el mental o la sociedad.

La evaluación del riesgo quirúrgico (ER) equilibra el riesgo de la progresión natural de la condición del paciente con el riesgo de la cirugía. De esta forma, el Servicio de Urgencias proporciona información sobre el pronóstico esperado del paciente y ayuda a tomar decisiones de tratamiento complejas.

Desde esta observación, se inició la elaboración de sistemas para estratificar el riesgo y paralelamente tomar conductas apropiadas

Para su estimación se deben considerar las perspectivas de los involucrados en el proceso de atención (cirujano o anestesiólogo) y de las instituciones de forma integral, y los elementos condicionantes de su presencia, con el fin de implementar estrategias que lo minimicen (Pico & Vega, 2023).

Las escalas de estimación del riesgo quirúrgico (ER) son herramientas frecuentemente empleadas en los servicios quirúrgicos a la hora de estimar la mortalidad derivada de una determinada intervención quirúrgica. Mediante el análisis de predictores independientes de mortalidad (Varela, y otros, 2020)

Para ello, se han desarrollado modelos de predicción para integrar factores clave relacionados con los resultados en los que es necesario influir. El uso de estos modelos de predicción y su validación exitosa ha llevado al desarrollo de escalas de riesgo aceptadas internacionalmente que tienen en cuenta el riesgo quirúrgico.

Actualmente, se emplean de forma generalizada tres de estas escalas que han demostrado su utilidad, además de que son integradoras en cuanto a la perspectiva del riesgo desde la visión del anesthesiólogo, del cirujano y de las instituciones: el ASA, el NSQIP y el FRAIL score. (Pico & Vega, 2023, p.602)

La aplicación de estos modelos de predicción y su efectiva validación han resultado en escalas de riesgo aceptadas mundialmente para el abordaje del riesgo quirúrgico, algunas de las cuales se describen en la tabla 16.

Tabla 16. Escalas de riesgo

Escala de Riesgo	Desenlace	Utilización habitual por:
POSSUM P-POSSUM Surgical Risk Scale Surgical Risk Score Surgical Apgar score NSQIP Universal Risk Calculator Mallampati Score Euroscore Cardiac Anesthesia Risk Evaluation Score Pulmonary risk index Arozullah Delirium risk index of Marcon Antonio APACHE II ASAPS Clasificación Charlson Comorbidity Index SORT	Mortalidad a 30 días	Cirujano Cirujano Cirujano Cirujano Cirujano Cirujano Anesthesiólogo Cirujano / Anesthesiólogo Cirujano/ Paciente Cirujano/ Paciente Cirujano! Anesthesiólogo/ Paciente/Administrativo Cirujano! Anesthesiólogo/ Paciente/Administrativo Cirujano! Anesthesiólogo/ Paciente/Administrativo
	Mortalidad a 30 días	
	Muerte intrahospitalaria	
	Muerte intrahospitalaria	
	Mortalidad a 30 días	
	Mortalidad a 30 días o complicaciones	
	Dificultad en intubación	
	orotraqueal	
	Mortalidad a 30 días o intrahospitalaria	
	Morbilidad o muerte intrahospitalaria	
	Neumonía posoperatoria a 30 días	
	Delirium posoperator	
	Predictor de muerte intrahospitalaria	
	Clasificación de salud preoperatoria de paciente quirúrgicos	
	Predictor de muerte a 1 año	
	Mortalidad a 30 días	

Nota. Tomado de La comunicación del riesgo en cirugía de Pico & Vega (2023) en revista colombiana de cirugía (p. 603).

Además de ello, de acuerdo con Benavides & Ramírez (2023) se han elaborado escalas clínicas para evaluar el riesgo quirúrgico global que se describen en la tabla 17.

Tabla 17. Riesgo quirúrgico global

Bajo riesgo (<1%)	Riesgo intermedio (1-5%)	Alto riesgo (>5%)
Cirugía de mama	Cirugía de carótida asintomática o sintomática	Resección adrenal
Procedimientos dentales	Reparación endovascular de aneurisma aórtico	Cirugía aórtica o vascular mayor
Cirugía oftalmológica	Cirugía de cabeza y cuello	Colocación de stent carotídeo
Cirugía ginecológica menor	Cirugía intraperitoneal (esplenectomía, reparación de hernia hiatal, colecistectomía)	Cirugía pancreatoduodenal
Cirugía ortopédica menor	Cirugía intratorácica no mayor	Resección hepática y cirugía de vía biliar
Cirugía reconstructiva	Cirugía neurológica y ortopédica no mayor (cadera o columna)	Esofagectomía
Cirugía superficial	Angioplastia arterial periférica	Amputación o revascularización abierta de extremidad por isquemia aguda
Cirugía urológica menor (esplenectomía, reparación de próstata)	Trasplante renal	Neumonectomía
Cirugía asistida	Cirugía urológica y ginecológica no mayor	Trasplante pulmonar o hepático
		Reparación de víscera perforada
		Cistectomía total

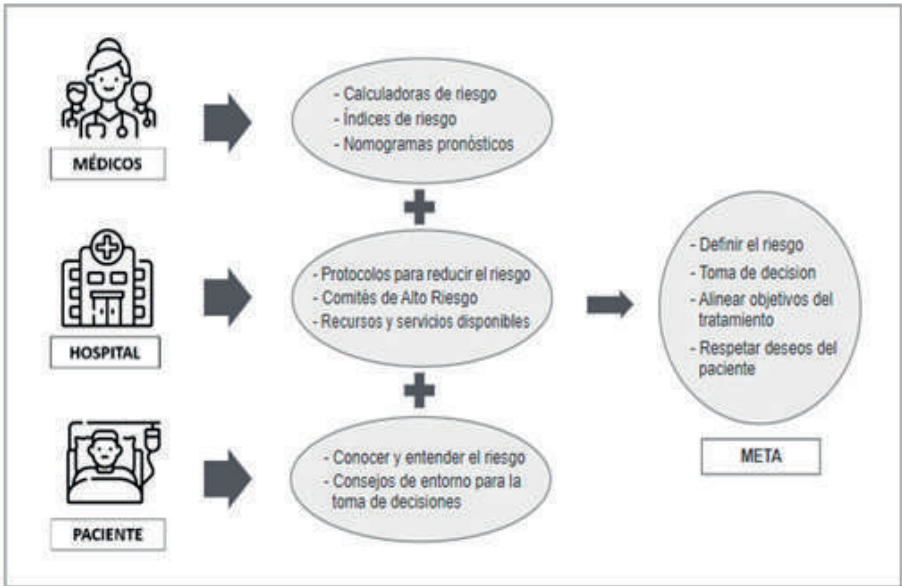
Nota. Tomado de Actualización del protocolo de Valoración preoperatoria del Hospital Nacional de Geriatria de Benavides & Ramírez (2023) en repositorio institucional de la Universidad de Costa Rica (p.29).

La razón para brindar información sobre los riesgos quirúrgicos surge de los derechos del paciente como el respeto, la autonomía para elegir y cumplir con los tratamientos recomendados.

Por tanto, se debe establecer una metodología básica que permita desarrollar los procesos de transmisión del mensaje, tanto lo que respecta al riesgo como sus implicaciones independientes de la naturaleza de la intervención quirúrgica, así como el contexto de su utilidad, tanto en el ámbito de la cirugía de urgencia como de la cirugía programada (Pico & Vega, 2023).

En la figura 18 se enuncian los componentes que aporta cada participante en la interacción medico paciente para la toma de decisiones.

Figura 18. Componentes de relación médico paciente en la conceptualización del riesgo



Nota. Tomado de La comunicación del riesgo en cirugía de Pico & Vega (2023) en revista colombiana de cirugía, (p. 607)

Si el procedimiento quirúrgico es de alto riesgo se requiere de una discusión el día previo a la cirugía del anestesiólogo y el equipo quirúrgico mejora el plan terapéutico perioperatorio y evita retrasos, cancelaciones y resultados adversos (Reyes, 2022, p.21)

Ahora bien, un aspecto de suma importancia a considerar es la cancelación de cirugías, ya que no afecta solamente al paciente en cuanto a la resolución de su patología sino al sistema de salud al provocar la saturación de los servicios, el uso ineficaz de recursos tanto materiales como humanos (Cueva & Moyano, 2019)

En otras palabras, uno de los impactos más importantes de la evaluación preanestésica de rutina es una reducción en el número de cirugías canceladas, así como una reducción en el número de solicitudes de evaluación preoperatoria. Por lo tanto, se puede concluir que la consulta preanestésica es una herramienta importante para que los anestesiólogos brinden atención compasiva y hospitalaria y reduzcan la morbilidad y mortalidad quirúrgica.

En definitiva, los riesgos quirúrgicos son parte de la práctica de un cirujano y todos los actores en el ámbito sanitario; A la hora de evaluar siempre se debe buscar un enfoque integral. Mejorar la calidad de la atención requiere políticas organizacionales para reducir el riesgo quirúrgico que tengan en cuenta la perspectiva del paciente sobre este objetivo. Asegurar que el mensaje se entienda como obligación y responsabilidad implícitas al comunicar riesgos quirúrgicos; requiere estrategias específicas adecuadas al nivel sociocultural del paciente y su familia.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

VI

Monitorización y seguimiento de paciente quirúrgico

Yandry José Cifuentes Velásquez

 <https://orcid.org/0009-0006-9402-1209>



Los pacientes ingresados en el hospital o en la unidad de cuidados intensivos después de la cirugía suelen presentar ansiedad, confusión, agitación, dolor, asincronía ventilatoria, etc.; Esto puede tener un impacto negativo en el tratamiento y pronóstico de estos pacientes.

El dolor es una sensación subjetiva y desagradable que suele afectar a pacientes en estado crítico. Su presencia conduce a una importante salida simpática, aumentando la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el metabolismo.

Estas situaciones hacen necesaria una monitorización y un manejo adecuado del dolor, para evitar las consecuencias negativas en la práctica clínica y cuidado del paciente crítico (Rovira, 2022).

Por estos motivos, se debe monitorizar sistemáticamente el dolor en todos los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos mediante una escala de dolor validada en la que el paciente cuantifique el dolor siempre que sea posible. La escala ha sido validada frente a medidas conductuales y de dolor recomendadas para pacientes con dificultades de comunicación.

La OMS describe que la recolección sistemática, el análisis e interpretación de datos de salud son necesarios para la planificación, implementación y evaluación de políticas de salud pública, combinado con la difusión oportuna de los datos a aquellos que necesitan saber, para tomar decisiones e intervenir frente a los problemas de salud (Arias, 2022)

Esencialmente, la vigilancia epidemiológica implica recopilar datos sobre un problema de salud, analizarlos y luego utilizar esos datos para prevenir enfermedades y mejorar la salud pública.

Actualmente, las diferentes guías aprueban el uso de escalas validadas como la escala EVA, para la monitorización del dolor en pacientes comunicativos. En aquellos pacientes no comunicativos, se encuentran validadas otras escalas como la escala ESCID, que valora una serie de ítems como la expresión facial, y los movimientos relacionados con el dolor. (Rovira, 2022)

Plantea Rovira (2022) que, debido a la importancia del dolor, la sedación y el delirium en la UCI, el GTSAD de la SEMICYUC, este propone 5 recomendaciones de “no hacer” relacionadas con la calidad y seguridad del paciente crítico, como son:

1. No iniciar la sedación en los pacientes hasta no asegurar un nivel de analgesia correcto y adecuado según las escalas validadas.

2. No mantener al paciente en sedación profunda si no presenta distrés respiratorio grave, hipertensión craneal, estatus epiléptico activo o bloqueo neuromuscular.
3. No sedar sin objetivos individualizados y terapéuticos adaptados a la situación clínica mediante escalas validadas y transmitir la información a los profesionales implicados en el cuidado.
4. No utilizar únicamente medidas farmacológicas para tratar y prevenir el delirio, evitando las benzodiacepinas y sujeciones mecánicas.
5. No indicar el bloqueo neuromuscular prolongado hasta haber asegurado la sedación profunda (RASS -4/-5) y la analgesia adecuada (p.12)

Implementar el conjunto de todas estas estrategias, permite mejorar el manejo y la calidad asistencial en el enfermo crítico, pudiendo incluso influir en su pronóstico clínico.

La valoración y en monitoreo

La primera parte del proceso de atención de enfermería es la evaluación de enfermería, la recogida sistemática de todos los datos objetivos y subjetivos sobre el estado del paciente, a partir de la cual se determinan las actuaciones y tratamientos que se realizan en colaboración con un especialista.

En base a la valoración de enfermería se establecen los diagnósticos enfermeros para poder planificar los planes de cuidado enfocados en los principales problemas de salud que se puedan identificar en el paciente crítico y poder brindar así una atención integral, oportuna y de calidad (Gómez & Gutiérrez, 2023, p.20)

En efecto, la monitorización es un procedimiento esencial para los pacientes en estado crítico, ya que permite conocer los valores de las presiones internas en los órganos vitales y en consecuencia, reajustar el tratamiento y los cuidados (De Rosa, Iribarren, & Vila, 2020, p.309).

Así pues, señalan los autores que la monitorización puede ser:

- No invasiva: Cuando el mecanismo utilizado para la medición no es agresivo ni invasivo
- Invasiva: cuando se realiza un abordaje vascular mediante un catéter para la medición directa de presiones internas, saturación de

oxígeno de vasos y cavidades cardíacas que son de gran importancia para el diagnóstico y tratamiento (De Rosa, Iribarren, & Vila, 2020, p.309).

La monitorización hemodinámica, según Gómez & Gutiérrez (2023), pretende ser el soporte y la guía de todo el proceso de optimización del aporte de Oxígeno a los tejidos, entonces, las condiciones que deben cumplirse para que se obtenga un beneficio clínico son:

1. Los datos obtenidos deben ser lo suficientemente exactos para ser capaces de influir en la toma de decisiones terapéuticas. Los datos deben ser clínicamente relevantes para el paciente.
2. El tratamiento instaurado, guiado por la interpretación de los datos obtenidos, debe repercutir favorablemente en el pronóstico del paciente (p.21)

La anestesia y la cirugía alteran profundamente el estado hemodinámico del paciente y pueden alterar la circulación y la perfusión de órganos diana importantes como el cerebro, el corazón o los riñones.

En la actualidad, se sabe con certeza que la inestabilidad hemodinámica es un factor de riesgo independiente de complicaciones postoperatorias. La vigilancia hemodinámica peroperatoria es una obligación médico-legal recomendada por las sociedades científicas (Coelembier & Fellahi, 2020)

La monitorización de la relajación neuromuscular y el EEG se han convertido en herramientas muy útiles para garantizar una anestesia más segura.

La mejor manera de reducir la tasa de complicaciones anestésicas es una evaluación cuidadosa mediante monitorización electrónica y un manejo integral de los pacientes quirúrgicos durante el período perioperatorio. Gracias a una variedad de analgésicos y a un moderno control electrónico, se optimiza la dosis de los anestésicos utilizados.

La monitorización de la relajación neuromuscular y electroencefalográfica se han convertido en herramientas de gran utilidad para un manejo anestésico más seguro.

En la actualidad, no hay consenso sobre los parámetros que usan los anesthesiólogos para determinar una adecuada reversión del bloqueo neuromuscular (Cortés, Athié, Morales, Alva, & Saucedo, 2021)

La enfermería en la zona quirúrgica ostenta un propósito primordial por lo que los enfermeros deben ser personas preparadas con altos conocimientos

para poder aportar en los cuidados y sobre todo en las complicaciones que se puedan producir en el proceso quirúrgico (Gómez, 2022, p.6).

El ciclo perioperatorio se conforma por el proceso preoperatorio, el proceso intraoperatorio y el proceso posoperatorio.

Para Gómez (2022), la fase intraoperatoria es aquel proceso que se da inicio con la entrada del paciente en la zona quirúrgica donde se ubica el quirófano y culmina en su totalidad con la entrada del intervenido a la unidad post anestésica o denominado reanimación.

Asimismo, todas las actividades se realizan únicamente con el objetivo de satisfacer sus necesidades y mejorar su salud durante todo el proceso. Durante esta fase, las enfermeras deben desempeñar sus funciones según el plan operativo con habilidad, seguridad, eficacia y eficiencia.

Dentro del quirófano la enfermera puede desempeñar distintas funciones principalmente tres; como son, ser la enfermera circulante, ser enfermera instrumentista y ser enfermera de anestesia, que al no existir esta última mencionada, la enfermera circulante puede tomar su posición (Gómez L. , 2022)

Riesgo quirúrgico monitoreo y control

La infección de sitio quirúrgico (ISQ), es uno de los eventos adversos más frecuentes en los establecimientos de atención sanitaria. Según Hernández, Esparza, & Reyes (2020), se estima que las ISQ representan entre el 15 y 30 % de todas las infecciones intrahospitalarias, con una tasa de mortalidad entre 0.6 y 1.9 %.

En cuanto a los factores de riesgo que pueden causar ISQ, incluyen: estancia hospitalaria prolongada antes o después de la cirugía, prescripción inadecuada de antibióticos, tratamiento antiséptico inadecuado de la piel del paciente antes de la cirugía y otras negligencias perjudiciales, como la falta de higiene de las manos.

Además, se conocen ciertos riesgos inherentes para los pacientes, en concreto la complejidad de la enfermedad, el estado nutricional, el tabaquismo, la obesidad y la vejez.

Por esta razón, se han desarrollado modelos de prevención de ISQ que se basan en estrictas medidas de seguridad pre, intra y posoperatorias para reducir la incidencia de ISQ los cuales se reflejan en la tabla 18.

Tabla 18. Puntos críticos de verificación

Puntos críticos de verificación	
Medidas generales preoperatorias en la admisión hospitalaria o en hospitalización:	<p>Paciente y médico tratante firmaron recomendaciones preoperatorias en la parte trasera de la hoja de internamiento.</p> <p>El paciente llega limpio a la admisión hospitalaria o se baña el día de la cirugía en hospitalización.</p> <p>Paciente con uñas cortas, sin esmalte, ni uñas postizas. Paciente sin tricotomía del sitio quirúrgico en domicilio. Paciente sin signos o síntomas de infección.</p>
Momento preoperatorio en la sala de operaciones:	<p>Tricotomía con rastrillo 20 minutos previos a la incisión quirúrgica.</p> <p>Glucosa capilar <200 mg/dl al ingreso a la sala quirúrgica.</p> <p>Administrar profilaxis microbiana 30 a 60 minutos previos a la incisión quirúrgica.</p> <p>Aseo mecánico con solución antiséptica iodopovidona solución 10% y antisepsia con clorhexidina 2%.</p>
Momento transoperatorio:	<p>Mantener eutermia durante la cirugía. En caso de cirugías igual o mayor de tres horas, aplicar una segunda dosis de profilaxis antimicrobiana.</p> <p>Medición de glucosa capilar en pacientes diabéticos o de riesgo.</p>
Momento posoperatorio en recuperación y hospitalización	<p>Mantener eutermia en el posoperatorio inmediato en todos los pacientes.</p> <p>Asegurar la suspensión de profilaxis antimicrobiana a las 24 horas en las indicaciones médicas.</p> <p>Medición de glucosa capilar en los pacientes diabéticos y de riesgo en el día uno y dos del posoperatorio cada 24 horas.</p> <p>Mantener la herida quirúrgica cubierta las primeras 24 a 48 horas a menos que exista una indicación específica.</p>

Nota. Información tomada de Eficacia de un modelo de prevención de infección de sitio quirúrgico en un hospital de segundo nivel de atención de Hernández, Esparza, & Reyes (2020) en revista Index de enfermería.

Así pues, durante la aplicación de estos puntos de verificación en un estudio realizado en un Hospital de segundo nivel, arrojó según Hernández, Esparza, & Reyes (2020) se observó una disminución de 2.53% en la tasa de infecciones, es decir, durante el semestre que duró el estudio, la tasa de infecciones fue de 8.64% en comparación con una tasa de 11.17% en el semestre anterior.

Resumiendo lo planteado, para realizar buenas evaluaciones, las enfermeras deben poder: comunicarse eficazmente, observar sistemáticamente a los pacientes y realizar evaluaciones físicas basadas en inspección, auscultación, percusión y palpación; saber distinguir entre símbolos e inferencias, confirmar y verificar información propia.

Además, debe estar familiarizado y preparado en el manejo de los equipos biomédicos utilizados para el seguimiento de pacientes críticos y la interpretación de los datos obtenidos de dicho seguimiento (monitores cardíacos, equipos de monitorización hemodinámica, etc.).

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

VII

Consideraciones del paciente en reanimación

Silvia Lorena Balarezo Cedeño

 <https://orcid.org/0009-0003-5921-8004>



Junto con el desarrollo actual de la sociedad humana, especialmente de la medicina, ha surgido un grupo de pacientes con características y rasgos epidemiológicos específicos. Estos pacientes tienen complicaciones médicas asociadas que requieren atención en un centro de atención médica.

El paro cardiorrespiratorio

El paro cardiorrespiratorio es una situación de riesgo inminente de muerte. Una rápida y adecuada atención es determinante para que la víctima sobreviva sin secuelas.

El paro cardiorrespiratorio (PCR), es el cese súbito del gasto cardíaco y de la ventilación espontánea eficaz, y constituye un problema de salud pública con altas tasas de mortalidad y letalidad. Según registros norteamericanos, cerca de 450 000 personas tienen un PCR anualmente (Sosa, y otros, 2020)

Desde el punto de vista del autor, los PCR hospitalarios se producen con mayor frecuencia que los extrahospitalarios, y se asocian a peor pronóstico y menor porcentaje de supervivencia, a pesar de que el medio hospitalario debería ser el mejor escenario para sobrevivir a un episodio de este tipo.

La mayoría de los pacientes de cuidados intensivos (reanimación) reciben tratamiento para compensar la insuficiencia orgánica, que es la razón por la que ingresan en el hospital o continúan siendo reanimados. Los procedimientos de tratamiento realizados (ventilación mecánica con intubación endotraqueal, inmovilización estricta en cama, inserción y mantenimiento de tubos y catéteres, etc.) son fuente de malestar y dolor, requiriendo muchas veces sedación.

El uso de la sedación en la unidad de cuidados intensivos ha evolucionado durante los últimos 20 años para simplificar su uso y adaptarlo lo más posible a las necesidades del paciente. Se evalúa, prioriza y diferencia el dolor del nivel de somnolencia.

Las infecciones nosocomiales graves (HAI) plantean un riesgo particular en entornos de cuidados críticos, donde los pacientes son muy frágiles y están expuestos a múltiples dispositivos invasivos.

Las unidades de reanimación

Las Unidades de Reanimación modernas de los grandes hospitales dependientes de los Servicios de Anestesia y Reanimación, son uno de los pilares fundamentales de todo bloque quirúrgico.

Aunque comúnmente se emplea el término Unidad de Reanimación Postanestésica o REA para designar al lugar anexo al área quirúrgica en el que se llevan a cabo los cuidados postoperatorios del paciente, esto no es completamente cierto. La realidad, es que el término correcto es el de “Unidades de monitorización y soporte de anestesiología (Castro, 2022, p.6).

Se pueden distinguir a su vez dos áreas diferenciadas. Las Unidades de Recuperación Postanestésica (URPA), que forman parte del bloque quirúrgico y están destinadas a los cuidados postoperatorios inmediatos de los pacientes sometidos a cirugía con una recuperación esperable corta.

Por otro lado, las Unidades de Cuidados Intensivos de Anestesia (UCIA), conocidas también como Unidades de Reanimación. Por norma general, son unidades independientes del bloque quirúrgico que tienen como fin la monitorización y soporte de los pacientes médicos o quirúrgicos con fallo orgánico presente o potencial.

De acuerdo con el Autor, existen algunas complicaciones postoperatorias, que se detallan en la tabla 19

Tabla 19. Complicaciones postoperatorias

Complicaciones Postoperatorias	
Complicaciones	Definición
Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA)	La ICA es un síndrome heterogéneo constituido por signos y síntomas de nueva aparición o por un agravamiento gradual o rápido de la IC que requieren tratamiento urgente.
Insuficiencia renal aguda	Es un término que hace referencia al rápido deterioro (cuestión de horas-días) de la función renal, viéndose esto reflejado en una disminución del filtrado glomerular (FGR), relacionado con azotemia y oligoanuria.
SDRA	El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es un tipo de lesión pulmonar, inflamatoria, difusa y aguda, caracterizada por el incremento en la permeabilidad vascular y la pérdida de la aireación pulmonar.
Neumonía	Los principales datos que indican el desarrollo de una neumonía son la fiebre, la hipoxemia, la leucocitosis, el aumento de las secreciones orofaríngeas, síntomas como la disnea o la taquipnea o la aparición progresiva de infiltrados en la radiografía de tórax. En concreto en la cirugía torácica, la incidencia de la neumonía postoperatoria se presenta en un rango de 2.2% a 6%.

Sepsis/Shock Séptico	La sepsis se define como la disfunción orgánica potencialmente mortal y generalizada secundaria a una respuesta desregulada por parte del organismo ante una infección.
El Delirio	Hace referencia a un síndrome clínico que se caracteriza por el fallo agudo y reversible de las funciones básicas del cerebro tales como la función cognitiva y la atención. Genera una situación que afecta al paciente, al personal que lo atiende y a los familiares.

Nota. Información obtenida de Principales complicaciones postoperatorias en una Unidad de Reanimación de un hospital de tercer nivel de Castro (2022) en repositorio digital de la Universidad de la Laguna (p.10)

La reanimación cardiopulmonar

La reanimación cardiopulmonar puede ser vista como un conjunto de técnicas específicas, que se realizan en forma coordinada, estandarizadas según las recomendaciones científicas disponibles, para lograr una atención exitosa de una víctima de paro cardiorrespiratorio (Bozzo, Arancibia, Pérez, Contreras, & Silva, 2020)

Monitorización de la reanimación

De acuerdo con Sánchez, Sánchez, García, & Garcés (2020), plantea que, asociado a la reanimación se debe realizar la monitorización constante de esta, para determinar cuán efectiva es y si es necesario continuar con la infusión de retos de líquidos.

Los primeros elementos se aportan durante el examen físico del paciente, con especial énfasis en la frecuencia cardíaca, presión arterial, calidad del llenado capilar, presencia de cianosis y gradientes de temperatura, estado de las venas yugulares, entre otros.

La aplicación práctica de diferentes principios de la fisiología interacción corazón- pulmón y el monitoreo hemodinámico funcional, permite diferenciar dos grandes grupos de parámetros de predicción de la respuesta a volumen: estáticos (de presión o volumen) y los parámetros dinámicos.

Como señalan Sosa, y otros (2020), los factores más importantes que determinan la supervivencia y la calidad de vida tras la reanimación de un PCR son:

a) El estado clínico previo del paciente.

b) la causa y el mecanismo desencadenante del evento.

c).el tiempo de PCR hasta el momento de iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar (cuando la reanimación básica se inicia dentro de los primeros 4 minutos y la avanzada dentro de los primeros 8 minutos, se mejoran las tasas de supervivencia

d) el tiempo y la calidad de las maniobras de reanimación

e) los cuidados intensivos post-reanimación, los cuales van encaminados a mejorar el estado neurológico, cardiovascular y la respuesta sistémica desencadenada por el proceso de isquemia/reperfusión.

Para Olmos & Gempeler (2022) en ciertas circunstancias se hace fundamental que el equipo de resucitación plantee la posibilidad de establecer límites a sus esfuerzos, ya sea no iniciando o suspendiendo las maniobras de RCP, en búsqueda del mejor beneficio para el paciente.

Por lo anterior, y siguiendo las recomendaciones enunciadas por las sociedades internacionales, se tratará de establecer algunas herramientas que pueden ayudar en la toma de decisiones, descritas en la tabla 20.

Tabla 20. Principios éticos para considerar la reanimación cardiopulmonar

Principios éticos para considerar la reanimación cordiopulmonar

Primero, no hacer daño.

Teniendo en cuenta este principio, las maniobras de reanimación estarían indicadas cuando las expectativas de recuperación de la actividad cardiaca, respiratoria y de todas las características que lo hacen un ser humano, como es la función neurocognositiva, tengan una posibilidad razonable de éxito, y cuando estas superen los riesgos de un daño potencial y un resultado no favorable, no estarían indicadas.

Principio de beneficencia.

Ante una parada cardiorrespiratoria, sobre todo en el ambiente extrahospitalario, es difícil establecer si los esfuerzos estarían o no indicados, ya que en este contexto no es posible conocer de forma inmediata los antecedentes y las preferencias del paciente se debe instaurar la reanimación de forma inmediata.

Principio de autonomía.

En este contexto, la expresión de la autonomía consiste en aceptar o rechazar las maniobras de RCP en caso de presentar un paro cardiorrespiratorio. Dicha decisión la puede expresar directamente el paciente, puede estar consignada en un documento de voluntades anticipadas o, en caso de no contar con las dos anteriores, deben expresarla sus subrogados.

Nota. Información tomada de Reanimación cardiopulmonar. Cuando el corazón para ¿reanimar o acompañar? de Olmos & Gempeler (2022) en revista Universitas Medica.

De esta forma, los pacientes podrán contar con información veraz y actualizada para ejercer su autonomía, teniendo en cuenta que la información obtenida influye significativamente en su elección.

Cirugía y reanimación de control de daño

Durante los últimos 10 años, la práctica de la transfusión sanguínea masiva se ha expandido significativamente desde una definición simple a la definición actual de shock hemorrágico y una estrategia de manejo más integral conocida como “reanimación para el control de daños”.

Varios modelos han surgido usando parámetros tanto clínicos como paraclínicos para predecir qué paciente necesitará de transfusión masiva, principalmente en pacientes con trauma múltiple; sin embargo, ninguno de ellos ha resultado ser la herramienta perfecta. En el paciente politraumatizado es muy importante la aplicación de los conceptos de cirugía y reanimación de control de daños.

Desde el punto de vista de Sosa, y otros (2020), la toma de decisiones para suspender las maniobras de resucitación resulta siempre difícil, pero según las normas, estas deben cesar cuando:

- El paciente recupera la circulación y la respiración espontáneas. - Se confirma que la PCR se produjo como consecuencia de la evolución natural de un proceso incurable.
- Existe confirmación de que las maniobras de reanimación se iniciaron con un retraso superior a los 10 minutos, excepto en casos de ahogamiento, hipotermia accidental o intoxicación por barbitúricos.
- Después de 30 minutos de haber iniciado correctamente las maniobras de reanimación y no haya signos de actividad eléctrica cardíaca (Sosa, y otros, 2020, p.115).

Además, Peña, Meza, & Martínez (2021), consideran que la cirugía de control de daños (CCD) incorpora los siguientes principios fundamentales:

- 1) Detención quirúrgica del sitio de hemorragia.
- 2) Contención de fugas gastrointestinales
- 3) Aplicación de esponjas o hemostáticos quirúrgicos.
- 4) Cierre abdominal temporal.

Esta secuencia es seguida por el traslado inmediato del paciente a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) para el consecuente recalentamiento, corrección de la coagulopatía y estabilización hemodinámica.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

VIII

Caracterización del cuidado domiciliario de enfermería

Martha María Quijije Castro

 <https://orcid.org/0009-0002-9422-4840>



Cuando se trata de cuidado personal, el acceso a la atención domiciliaria ha sido históricamente dominio de personas de élite con medios para acceder a la atención médica y la higiene personal. Por su parte, los hospitales estaban destinados a atender a los pobres o a aquellos que no tenían familia que los cuidara durante la enfermedad o la muerte.

La atención de enfermería hospitalaria está cambiando. Un paciente gravemente enfermo está en casa. Aunque este modelo de atención no es nuevo, recuerda a la atención convencional de la era preindustrial. La tendencia actual en la atención sanitaria es mantener a los pacientes en el hospital el menor tiempo posible y continuar la atención en casa.

Atención domiciliaria

Los pacientes post operados necesitan cuidados especiales para apoyar la rehabilitación; por lo tanto, estos pacientes requieren atención adicional en el hogar, a menudo proporcionada por un cuidador familiar.

Para que los familiares puedan brindar cuidados, debe existir un plan de alta que satisfaga la capacidad de cuidados del familiar. Este plan desarrollado por enfermeras es esencial para garantizar una recuperación eficaz y segura en el hogar, lo que ayuda a reducir las tasas de reingreso hospitalario.

Los pacientes post operados requieren cuidados que incluyen, entre otros, nutrición, movilización, cuidado de heridas posoperatorias, cumplimiento de la medicación, anestesia y uso de dispositivos de asistencia, especialmente cuando son dados de alta del hospital; por lo tanto, estos pacientes requieren cuidados adicionales en casa.

De manera general, se puede definir la atención domiciliaria como una estrategia que busca mantener a una persona enferma o incapacitada "en su domicilio en las mejores condiciones posibles, con todas las connotaciones de tipo asistencial y organizativas que ello conlleva (Castilla, 2020).

La competencia en el cuidado es parte de las características básicas requeridas en la atención domiciliaria y representa las habilidades del cuidador familiar y es esencial para el cumplimiento del tratamiento y la atención al paciente. Esto requiere que el cuidador familiar tenga las habilidades e información o formación de enfermería para brindar la atención adecuada al paciente sometido a cirugía.

El hogar y la familia son factores de gran importancia en la atención domiciliaria y juegan un papel clave en la salud y recuperación del paciente. Por otro lado, las enfermeras también son conscientes de la importancia e influencia de la familia en caso de deterioro de la salud.

En base a lo anterior, se entiende que la atención domiciliaria incluye cualquier servicio de apoyo profesional que permita a una persona vivir de manera segura en su hogar.

De acuerdo con Castilla (2020), los servicios de atención domiciliaria pueden ayudar a alguien que envejece y necesita asistencia para vivir de manera independiente; está manejando problemas de salud crónicos; se está recuperando de un revés médico; o tiene necesidades especiales o una discapacidad (p. 16).

Dado que la población de 65 años y más comprende la mayoría de los pacientes de atención médica domiciliaria, no es sorprendente que las afecciones de salud prevalentes en la población de edad avanzada sean algunas de las afecciones más frecuentes que necesitan asistencia de salud en casa.

Con base a esto, específicamente, enfermedad cardíaca (11%), diabetes (8%), enfermedad vascular cerebral (7%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (5%), insuficiencia cardíaca congestiva (4%), las fracturas (4%) y la hipertensión (3%) son los diagnósticos de admisión más comunes para los pacientes de atención médica domiciliaria (Castilla, 2020).

En otras palabras, la atención domiciliaria debe tener objetivos específicos para proporcionar servicios de apoyo integrales óptimos en los que los familiares del paciente participen activamente durante la convalecencia o la estabilización del estado del paciente. En este sentido, en la tabla 21 se presentan algunos de los principales objetivos de la atención domiciliaria.

Tabla 21. Principales objetivos de la atención domiciliaria

Principales objetivos de la atención domiciliaria
Proveer de cuidados de salud integral al paciente que, por diversos factores, no puede acudir a las consultas, así como a su cuidador y familia; ofreciendo a las personas que reúnen los criterios de inclusión la posibilidad de contar con la asistencia de un equipo multidisciplinar en domicilio.
Valorar las relaciones interfamiliares en su escenario natural, ayudando a las personas enfermas y a sus familiares a afrontar mejor la enfermedad e incapacidad, cuidando, informando y utilizando de forma eficiente y eficaz los recursos sanitarios y sociales del medio.
Conocer los recursos familiares, para potenciar los existentes o suplir las carencias.
Establecer una mejor comunicación con la familia.

Obtener información adicional en el escenario del hogar para un mejor diagnóstico y tratamiento del paciente.

Involucrar al paciente y a su familia en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento, primando siempre la autonomía del paciente en este proceso.

Controlar el cumplimiento del tratamiento indicado y la consecución de objetivos de salud.

Educar al paciente y a su familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud

Nota. Información tomada de Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida de Castilla (2020) en repositorio digital de la Universidad de EAN (p.16).

De igual forma, según el International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies los principales servicios que debe incluir una buena atención domiciliaria se describen en la tabla 22.

Tabla 22. Principales servicios de toda atención domiciliaria

Tipos de servicios	Características
La enfermería a domicilio es proporcionada por enfermeras y enfermeras auxiliares.	En algunos países lo solicita un médico. Las tareas principales del servicio son desarrollar un plan de enfermería basado en el proceso de enfermería, llevar a cabo actividades típicas de enfermería, como apoyar la higiene personal, la movilidad, etc., y actividades médicas como cambiar vendas o inyecciones. El apoyo psicosocial al cliente y a los cuidadores informales también es un deber importante.
La ayuda a domicilio es proporcionada principalmente por un ayudante en el hogar y / o un cuidador social.	Puede incluir asistencia con tareas corporales y domésticas en el hogar del destinatario, como limpieza del hogar, compras, vestirse, preparar y comer comidas, apoyo psicosocial y ayuda para participar en actividades sociales
Los servicios de visitas son prestados principalmente por voluntarios	Los servicios ofrecen psicosocial apoyo y ayuda con actividades sociales para mejorar el entorno social y las condiciones de vida. Los ejemplos incluyen chatear, escuchar, jugar a las cartas o acompañar a la persona en caminatas, así como trabajar con miembros de la familia cuando sea necesario

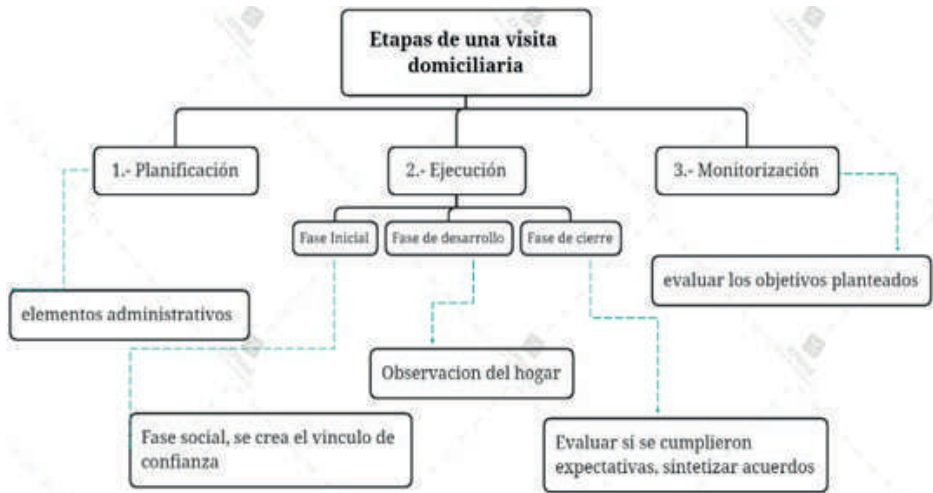
Nota. Información tomada de Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida de Castilla (2020) en repositorio digital de la Universidad de EAN, (p.18)

La visita domiciliaria puede ser considerada como una intervención preventiva, diagnóstica y curativa, realizada por personal calificado y permite desarrollar intervenciones educativas y terapéuticas enfocadas a mejorar la salud y la capacidad de autocuidado (Marin & Pazmiño, 2022, p.111). Es decir, es una herramienta importante para el seguimiento de los pacientes que, por algún motivo, no pueden acudir a un establecimiento a recibir una atención médica.

Así mismo, los autores plantean que una visita domiciliaria debe estar sometida a niveles de calidad, evaluando tres dimensiones que una atención domiciliaria debe contener, tales como planificación, el contenido y las relaciones interpersonales, para poder llegar a satisfacer las necesidades implícitas o explícitas del paciente (Marin & Pazmiño, 2022, p. 111).

Dentro del desarrollo de toda visita domiciliaria se plantean varias etapas, como se observa en la figura 19.

Figura 19. Etapas de una visita domiciliaria



Nota. Tomada de Visita domiciliaria: Su impacto en la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles de Marin & Pazmiño (2022) en revista Ateneo (p.116)

La gestión del cuidado enfermero implica la planificación, organización, coordinación y evaluación de los servicios de enfermería, con el objetivo de satisfacer las necesidades de los pacientes y garantizar la seguridad y el bienestar durante su atención (Arévalo, Chisag, & Abril, 2023)

Esto significa que el enfoque se basa en la comprensión de que la enfermería no se trata sólo de realizar tareas técnicas, sino que también implica establecer relaciones terapéuticas, tomar decisiones clínicas informadas en todo momento y mejorar la salud y el autocuidado.

Control postoperatorio después del alta medica

El seguimiento domiciliario del paciente tras el alta constituye una fase trascendental de la gestión ambulatoria en aras de conseguir la máxima seguridad.

De acuerdo con Ramos, Rodríguez, Cabello, & Martínez (2022), el periodo postoperatorio es uno de los puntos que más esfuerzos requiere por parte del personal que interviene en los circuitos de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

El paciente debe recibir un informe médico de alta realizado por cirugía-anestesia y un informe de cuidados al alta realizado por enfermería (ICA), en el que deberán reflejar todos los cuidados en relación a su procedimiento de forma general como se detalla en las tablas 23y 24.

Tabla 23. Recomendaciones generales al alta

	<p>"Instrucciones postoperatorias por escrito (reposo relativo, evitar actividades que requieran esfuerzos físicos durante primeras 24h)</p> <p>"Especificar cuidados de la herida quirúrgica.</p>
Informe de enfermería de cuidados al alta hospitalario	<p>"Tratamiento analgésico cómodo, sencillo, eficaz y seguro desde el principio. Pocos fármacos, de manejo fácil. Analgesia minimizando la sedación, manteniendo el grado de alerta y rendimiento de los pacientes, así como incidencia de náuseas 0 vómitos.</p> <p>"Proporcionar teléfono de contacto directo y permanente con la unidad quirúrgica para permanecer vinculado a la unidad hasta completa desaparición de los principales síntomas.</p>

Nota. Tomado de Control postoperatorio tras el alta en CMA de Ramos, Rodríguez, Cabello, & Martínez (2022) en revista Aldaluza (p. 423)

Tabla 24. Recomendaciones específicas al alta

Proceso	Recomendaciones
Pared abdominal (hernias, eventraciones)	Evitar esfuerzos, control del dolor. Uso de faja Instrucciones de drenajes.
Proctología (Hemorroides, fisuras, fistulas, sinus pilonidal)	Suelen generar dolor importante. Adecuar analgesia y tratamiento de rescate. Evitar el estreñimiento. Vigilar hemorragias y signos de alarma. Valorar necesidad de curas en su centro de salud.
Cirugía supramesocólica (colecistectomía y cirugía de hernia de hiato)	Informar sobre dolor abdominal y dolor de hombro derecho primeras 48h por el CO, remanente. Dieta detallada y progresiva. Especificar signos de alarma (ictericia, disfagia, dolor abdominal persistente, fiebre... Evitar esfuerzos.

Nota. Tomado de Control postoperatorio tras el alta en CMA de Ramos, Rodríguez, Cabello, & Martínez (Ramos, Rodríguez, Cabello, & Martínez, 2022) en revista Aldaluz (p. 423)

El alta a domicilio debe determinarse en base a varios criterios encaminados a la adecuada recuperación del paciente tras la cirugía, excluyendo complicaciones en el postoperatorio inmediato.

Enfoque de la atención primaria de salud

Actualmente, la gestión del cuidado de enfermería necesita más investigación y análisis, incluirlo en los modelos actualizados de atención primaria de salud (APS) de hoy dirigida por la OMS en respuesta a una política mundial para satisfacer esta necesidad.

Para Molano, Mejía, Gómez, González, & Cuellar (2020), según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existen distintas maneras de concebir la Atención Primaria en Salud (APS). Entre estas se han reconocido cuatro enfoques:

- Atención selectiva, que comprende un conjunto de actividades de los servicios de salud dirigidas a la población más vulnerable.
- Atención primaria entendida como el primer nivel de atención de un sistema de salud.
- Atención primaria integral, concebida desde Alma Ata como una es-

trategia para organizar los sistemas de salud y la sociedad buscando elevar su nivel de salud.

- Atención primaria desde una perspectiva de derechos humanos que implica el abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS)

El enfoque actual de la OMS (2018) en su documento (Scaling up the role enfermera de atención primaria), según García (2018), sugirió las siguientes estrategias de refuerzo, ubicadas en la tabla 25 para fortalecer la Gestión del Cuidado de enfermería en el marco de la renovación de la Atención Primaria en Salud.

Tabla 25. Estrategias para fortalecer el cuidado

Estrategias para fortalecer la gestión del cuidado de enfermería en el marco de la renovación de la Atención Primaria en Salud

Involucrar al paciente y a su familia en el autocuidado mediante la educación y el seguimiento a través de sistemas de información, ampliando el uso de herramientas tecnológicas entre las cuales se encuentran, las redes sociales, las historias clínicas unificadas con el objetivo de garantizar la calidad de vida del paciente.

Establecer metas de corto plazo con el paciente y a medida del avance del estado de salud de la persona establecer metas a largo plazo, esto se puede lograr mediante el plan de atención de enfermería en la comunidad.

Fomentar en los profesionales de enfermería el liderazgo y el trabajo en equipo, mejorando la calidad de atención del paciente.

Responder a las políticas actuales a nivel mundial OMS, ONU, OPS, renovación de la APS, y Enfermera de Práctica Avanzada en APS, incentivando la investigación en lo relacionado con este tema.

Diseñar modelos de atención en enfermería basados en la APS, fortaleciendo formación en pregrado frente a esta necesidad mundial, los estudiantes requieren profundizar más en el tema de la Salud Global, a través de programas basados en las competencias para trabajadores de la salud que plantea la OMS

Nota. Información tomada de La gestión del cuidado de enfermería en el marco de la renovación en la atención primaria en salud de García (2018) .

Es necesario renovar la atención sobre el papel de las enfermeras y las enfermeras de atención primaria para enseñar a las personas, las familias y las comunidades cómo cuidar de sí mismas, trasladando la adicción al autocuidado. Esto supone cambiar el actual modelo de atención de enfermería, que se centra casi exclusivamente en la atención directa al paciente.

Así mismo, durante su desempeño, se infiere que las enfermeras que realizan las visitas domiciliarias comprenden que es necesario fundir el conoci-

.....

miento y el actuar de las diferentes disciplinas en un todo que pueda contribuir a comprender la complejidad del ser humano (Tarrillo, 2022, p.29).

Es necesario renovar la atención sobre el papel de las enfermeras y las enfermeras de atención primaria para enseñar a las personas, las familias y las comunidades cómo cuidar de sí mismas, trasladando la adicción al autocuidado. Esto supone cambiar el actual modelo de atención de enfermería, que se centra casi exclusivamente en la atención directa al paciente.

Un elemento importante de la prestación de atención integral es brindar atención en todos los niveles de atención durante las visitas domiciliarias. El nivel de atención se define como la organización estructurada y jerárquica de los recursos para satisfacer las necesidades de una población.

Se concluye, además que para brindar una atención integral se requiere intervención en todos los niveles de prevención, donde se evidencia que las enfermeras han hecho esfuerzos para demostrar su conocimiento sobre este tema, permitiendo que las familias sean derivadas a otros especialistas para una intervención grupal.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**

con una mirada humanista

Capítulo

IX

Una cuestión de ética

Tatiana Alejandra Villavicencio García

 <https://orcid.org/0009-0001-6916-2695>



Gracias a las tradiciones disciplinarias, la formación profesional de las enfermeras se caracteriza por los valores que la sociedad asocia a la profesión de enfermería, una actitud altruista, la solidaridad con quienes sufren y un alto nivel de compromiso personal con la enfermería. Se dice que la ética es una reflexión profunda sobre las acciones humanas y los valores que las motivan; es parte de un marco normativo que busca encontrar justificaciones racionales.

Una de las ramas de la ética, es la bioética, entendida como la ciencia que estudia la conducta de los profesionales de la salud relacionada con el respeto por la vida en la medida en que se examinen a la luz de los valores y principios morales (Reimundo, Cedeño, Ramírez, & Villalobos, 2022).

La profesión de enfermería lleva implícito el concepto de cuidado, tema vital para la subsistencia de la humanidad y las relaciones solidarias entre las personas.

Desde esta perspectiva, cuidar es una actividad indispensable para la humanidad, toda vez que no se trata solo de supervivencia, sino de promover y desarrollar todas aquellas actividades que velan por el bien común de las personas y de los grupos (Yañez, Rivas, & Campillay, 2021, p.5).

Por esta razón, en el transcurso de su práctica, el enfermero se apoya no sólo en los conocimientos y saberes técnicos propios de esta profesión, sino también en los aportes de otros conocimientos a soluciones integrales de atención dentro de un marco ético y moral.

Cuando se habla de ética en medicina, el punto de partida son los principios y normas que regulan la conducta de los profesionales sanitarios, en este caso las enfermeras.

La conducta ética en este contexto se expresa a través del compromiso que cada uno adquiere con las demás personas y la manera en que ocurren esas relaciones con otros en sus interacciones diarias (Morales, Mesa, Ramírez, & Pesántez, 2021).

El cuidado

Para Yañez, Rivas, & Campillay (2021), el cuidado consiste en mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para el individuo, familia, y comunidad, que en continua interacción con su entorno vive experiencias de salud.

El cuidado, por definición, está incluido en el cuidado de sí; de tal forma el cuidado de sí supone el cuidado de otros. Es cuidar de otro como si fuera uno mismo y cuidar de uno mismo como si fuera otro, la llamada alteridad (Zambrano, Macias, & Solorzano, 2019).

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como: “Un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades mortales, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la evaluación impecable; el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (Figuerado, Ramírez, Nurczyk, & Díaz, 2019, p.34).

Así mismo, el cuidado ha sido considerado como el núcleo y responsabilidad de la enfermería. En este campo, a lo largo de la historia, se ha realizado un gran esfuerzo para mantenerlo, tanto en la práctica clínica, como en la gestión, la educación y la investigación (Ruiz & Molina, 2018, p.40).

Zambrano, (2020), identificó cinco categorías de cuidado:

- 1) el cuidado como una característica humana,
- 2) el cuidado como un imperativo moral,
- 3) el cuidado como una forma de afecto,
- 4) el cuidado como una relación interpersonal,
- 5) el cuidado como una intervención terapéutica.

Es por ello que, en la práctica de enfermería se requieren conocimientos profundos de pedagogía, saber ser y hacer de una manera más argumentada y reflexiva desde las perspectivas ontológica, axiológica y epistemológica para garantizar el cumplimiento del cuidado humano (Zambrano, Macias, & Solorzano, 2019). En la figura 20 se muestra los componentes del cuidado enfermero.

Figura 20. Cuidado profesional de enfermería

Nota. Tomado de Fundamento pedagógico del cuidado humano en la práctica de enfermería, de Zambrano, Macias, & Solorzano en revista digital de posgrado (2019).

Los valores y el ejercicio profesional

El comportamiento ético de la práctica profesional del enfermero se ha reconocido como fundamental debido a las implicaciones que tiene en las diferentes relaciones que se generan en esta práctica, la ética asume la normatividad moral que cada sociedad exige en base a los fundamentos establecidos (Morales, Mesa, Ramírez, & Pesántez, 2021)

Así mismo, El Código Deontológico para la profesión de enfermería que se adoptó por primera vez en el año 1953 por el Consejo Internacional de Enfermeras y que se ha reafirmado constantemente a fin que esté actualizado y cónsono con las exigencias del entorno, estableció, según Morales, Mesa, Ramírez, & Pesántez (2021) los cuatro deberes fundamentales de los profesionales en esta área que están alineados con los principios expuestos por la Organización Mundial de la Salud que son:

- Promover la salud.
- prevenir la enfermedad.
- Restaurar la salud.
- Aliviar el sufrimiento.

Deberes que confluyen en la responsabilidad primordial de la profesión y el cuidado, que se enmarca en el carácter humanista de la profesión delineado por el respeto por los derechos humanos. Sin embargo, al profundizar en el actuar, el rol social y el propósito del profesional de enfermería, se reconoce un conflicto en la identidad de la profesión.

De acuerdo con Poblete, Correa, Aguilera, & González (2019) reconocen la existencia de un cambio de valores producto de un cambio sociocultural que ha transformado el sistema occidental, lugar donde tuvieron una significativa influencia en los valores de los profesionales de la salud.

En palabras de los referidos autores, en esta última década, se percibe en las nuevas generaciones de profesionales de la salud una comprensión valórica distinta, en la que prima el bienestar propio como condición mínima exigida para realizar sus trabajos o deberes profesionales (Poblete, Correa, Aguilera, & González, 2019). Es decir, Esta nueva actitud es considerada como contraria a la valoración en la formación y en el ejercicio profesional tradicional de la enfermería.

Según este orden de ideas, la práctica profesional de enfermería se fundamenta en los principios éticos y morales que esta práctica requiere, entendiéndose que se deben respetar los derechos fundamentales de los pacientes, así como los principios y valores de tratamiento que esta práctica requiere, que el enfoque primario está en el paciente.

De acuerdo con Reimundo, Cedeño, Ramírez, & Villalobos (2022) la enfermería ante los dilemas éticos en el ejercicio de sus funciones podrá brindar una respuesta adecuada en cada caso clínico dando sus opiniones, sugerencias y aportes con sustento científico, basadas en los principios de la bioética (p.34). En la tabla 26 se muestran algunos dilemas percibidos por profesionales de la salud.

Tabla 26. Caracterización de los dilemas éticos de las representaciones percibidas por los profesionales de enfermería

Categorías	Subcategorías	Códigos
Percepciones éticas de los positivos profesionales de enfermería	Positivas	Ética académica, investigativa y gestión Toma de decisiones con conocimientos Transformación desde la academia Afrontamiento efectivo Regionalización
	Negativas	Angustia moral y emocional Corrupción Inequidad en la atención Dilemas éticos emergentes Comités de ética disfuncionales Escasez de recursos Capacidad de atención limitada Reparición de dilemas Barreras legales Escala formación en bioética

Nota. Tomado de Dilemas éticos en enfermería desde una reflexión multicéntrica de Reimundo, Cedeño, Ramírez, & Villalobos (2022) en revista Ciencia y Cuidado en (p. 35).

Las relaciones sociales continuas, en el personal de enfermería los exponen a una infinidad de situaciones posibles que requieren una reflexión profunda antes de brindar atención de alta calidad y culturalmente sensible; Por ello, la comunicación se considera un factor fundamental y una de las máximas prioridades. Algunos retos en la humanización se visualizan en la tabla 27.

Tabla 27. Categorización de los retos que representan los dilemas éticos en la humanización para la enfermería

Categorías	Subcategorías	Códigos
Retos que representan los dilemas éticos en la humanización para enfermería	Retos individuales	Actuación y acción
		Empoderamiento profesional
		Capacitación en ética y bioética
		Autonomía profesional
		Unidad / Trabajo en equipo
		Desarrollo del rol investigativo en enfermería
		Desarrollo del rol gestor
		Fortalecimiento del rol educativo
		Liderazgo y fortalecimiento en comités de ética
		Fortalecimiento de la representación nacional de enfermería
	Retos colectivos	Regularización de la carga laboral
		Legislación contextualizada
		Reorganización legal
		Recuperación de espacios
		Impacto en la calidad de vida de paciente y familiares
		Angustia moral y emocional
		Corrupción
		Inequidad en la atención
		Dilemas éticos emergentes
		Comités de ética disfuncionales
Escasez de recursos		
Capacidad de atención limitada		
Reparación de dilemas		
Barreras legales		
Escasa formación en bioética		

Nota. Tomado de Dilemas éticos en enfermería desde una reflexión multicéntrica de Reimundo, Cedeño, Ramírez, & Villalobos (2022) en revista Ciencia y Cuidado en (p. 36)

Ética del cuidado

Hacer referencia a la ética del cuidado es, entender que resulta ser la base fundamental de la profesión de enfermería y que se reconoce desde el año 1978 cuando Lawrence Kohlberg, realizó su investigación acerca del desarrollo moral (Morales, Mesa, Ramírez, & Pesántez, 2021).

La “Ética del cuidado” ha favorecido a todas las profesiones sanitarias al promover la autorreflexión y desarrollar conciencia social a partir de principios universales humanistas, algo que se logra interiorizar a partir de la práctica profesional y la experiencia (Yañez, Rivas, & Campillay, 2021, p. 6).

Si bien estos estudios sentaron la base de la ética del cuidado, es una teoría que fue refutada años más tardes por Gilligan quien incluyó en sus estudios a las mujeres que habían sido excluidas en las investigaciones iniciales de Lawrence y Piaget y que reveló información relevante en la materia de la ética del cuidado (Morales, Mesa, Ramírez, & Pesántez, 2021)

En ultima instancia, las enfermeras profesionales son hoy, un recurso importante y valioso para el cuidado de la salud, decisivo para garantizar la calidad y la seguridad de los hospitales porque no sólo hacen contribuciones significativas al trabajo de los médicos y profesionales, sino que también son reconocidas como líderes y partidarios de la industria de la salud. en la medida en que sirvan a un propósito educativo, cultural y preventivo al identificar factores de riesgo en la atención al paciente.

Desde el punto de vista ético, la enseñanza de valores, principios éticos y bioética son de fundamental importancia para el ejercicio profesional. El cuidado de las personas y la capacidad de tomar decisiones que tengan en cuenta sus derechos, respeten su autonomía reconozcan sus creencias, es parte de la ética, así como de la responsabilidad de actuar responsablemente, siempre basada en la ética profesional.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

X

Nociones biofísicas y psicosociales en el área de la salud

Nataly Daniela Pachay Pachay

 <https://orcid.org/0009-0007-1051-3810>



Una persona necesita cuidados desde el nacimiento. El cuidado ha permitido a la humanidad sobrevivir a pesar de las condiciones ambientales, sociales, económicas y políticas más adversas; Por lo tanto, se sostiene que el acto de cuidar es algo característico del ser humano, expresando la naturaleza más profunda de la persona, siendo una de las principales funciones que incentivan y desarrollan todas las actividades que contribuyen a mejorar la salud de los individuos y grupos de la sociedad. Comunidad.

El papel de la física en las ciencias de la salud se sintetiza en la biofísica. La biofísica es una rama interdisciplinar de la física con identidad propia que tiene por objeto estudiar los fenómenos biológicos a partir de principios físicos (Wilches, 2021)

El cuidado es complejo porque las necesidades de una persona son físicas, mentales y culturales, y cada necesidad insatisfecha afecta a toda la persona, así como, por ejemplo, la falta de conocimiento, conciencia, falta de conciencia de lo sucedido, provocando inseguridad, inseguridad y ansiedad; Por tanto, el enfermero debe contar con capacidades y habilidades que le permitan a la persona expresar sus inquietudes y fortalecer su identidad a través de las relaciones interpersonales.

Como se ha planteado, en la biofísica se estudian, a escala microscópica (nivel molecular) y macroscópica (nivel celular y clínico), los fenómenos físico-biológicos presentes en cualquier tipo de sistema vivo (Wilches, 2021).

Según Watson, las enfermeras son conscientes de sus propias necesidades fisiológicas, psicosociales e internas, así como de las necesidades de sus pacientes. El paciente debe satisfacer necesidades de nivel inferior antes de intentar satisfacer necesidades de nivel superior. La comida, la eliminación de desechos y la ventilación son ejemplos de necesidades fisiológicas de nivel superior, mientras que la actividad, la inactividad y el sexo se consideran necesidades fisiológicas de nivel inferior.

La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La auto actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal (Vasquez, León, Clavero, & Encalada, 2021)

El cuidado enfermero y la biofísica

La enfermería ve al individuo como un sistema total, propio del contexto sociocultural del que proviene y que debe ser tenido en cuenta y respetado en el quehacer profesional. Las condiciones sociales, incluidas las condicio-

nes de vida de las personas, requieren necesariamente un enfoque integrado y sistemático, pero al mismo tiempo basado en la perspectiva teórica de la profesión. La enfermería, es una ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética.

Es decir, la meta está relacionada con el crecimiento espiritual, el trascender de las personas, el cual surge de la interacción, de la búsqueda del significado de las experiencias que ha vivido cada uno, el descubrimiento del poder interno y la curación (Sosa & Viera, 2019, p.10).

Las enfermeras son un recurso humano importante en cualquier sistema de atención sanitaria. Además del trabajo técnico que realizan, sus funciones de comunicación son importantes en el trato con pacientes y médicos.

El cuidar holísticamente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad, y en el proceso de vivir y morir, mediante enseñanzas y acciones, sustentado en un conocimiento teórico- práctico, científico y humanístico propio de la ciencia de enfermería; ayuda a la persona y familia a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración (Penas & Santa, 2019, p.18).

En base a lo anterior, para fundamentar científicamente acerca del cuidado humano, (Penas & Santa, 2019) consideran a la teoría: Cuidado Humanizado de Jean Watson en la cual presenta el concepto de cuidado como base de la disciplina de enfermería que a través de la relación de ayuda pueden lograr un equilibrio entre: cuerpo, mente y alma; haciendo especial énfasis en la dignidad humana (p.19).

Según Mariños & Portalatino (2020) Watson sostiene que estudiar el área humana extiende la mente, mejora la capacidad de pensar y acentúa el desarrollo personal, es por ello que se consagro como precursora integrando lo humano, el arte y la ciencia (p.25).

Así mismo, los autores señalan que Jean Watson articula sus premisas teóricas en las siguientes:

- **Premisa 1:** “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”

- **Premisa 2:** “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona. El grado de comprensión es definido 29 por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.
- **Premisa 3:** “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. “La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado” (p.28)

Como lo hacen notar Penas & Santa (2019) Watson propone los 10 Factores de Cuidados (FC), descritos en la tabla 28 que después trasladó a Proceso Caritas de Cuidados (PCC), que corresponde a una extensión de los anteriores, pero ofrece un lenguaje más fluido para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas para facilitar la comprensión de los cuidados de enfermería como la ciencia del cuidar.

Tabla 28. Factores del cuidado según la teoría de Watson.

Factores independientes	Fundamentos
Formación de un sistema humanístico-altruista de valores	Estos se aprenden en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores; se convierte luego en la "práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente".
Inculcación de la fe-esperanza	"Estar auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud.
Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás	"El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión".

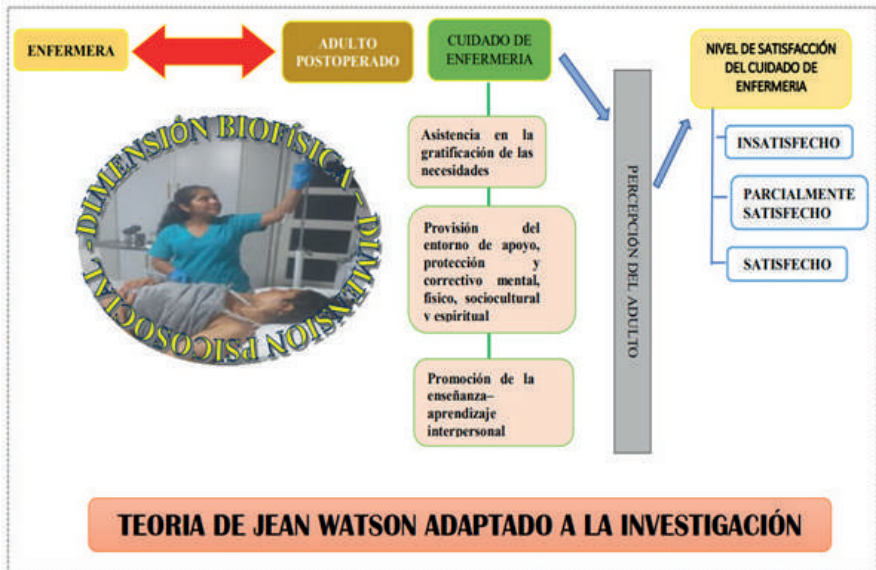
<p>Desarrollo de una relación de cuidado humana de ayuda-confianza</p>	<p>El cuidar la relación humana se convierte en "Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza</p>
<p>Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos</p>	<p>Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un "estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida"</p>
<p>Uso sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativo</p>	<p>"El uso creativo de uno mismo, como participe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial".</p>
<p>Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal</p>	<p>"Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro"</p>
<p>Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual</p>	<p>"creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz</p>
<p>Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas</p>	<p>La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y de las personas cuidadas</p>
<p>Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales</p>	<p>"se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos La fenomenología es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión".</p>

Nota. Información tomada de Percepción de los pacientes frente al cuidado enfermero en un Centro de Hemodiálisis Privado – Chiclayo, 2017 de Penas & Santa (2019) en repositorio digital de Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo” (p. 24).

Como se ha venido refiriendo, Watson reconoce a la persona como ser único, en sus tres esferas: mente, cuerpo y espíritu, donde consideraremos al cuerpo como dimensión biofísica, porque el cuidado está relacionado con el comportamiento humano; a la mente y espíritu como dimensión psicosocial porque el cuidado que se brinda en el aspecto psicosocial e interpersonal a la salud como la unidad y armonía entre las dimensiones biofísica y psicosocial (Mariños & Portalatino, 2020).

Dentro de este marco, enfermería no se trata sólo de sanar a través de procedimientos sino también de esforzarse en sanar las heridas de la persona que es cuidada, cultivando el Cuidado “cuidar sanando” a través de acciones amorosas que crean felicidad holística, es decir, buscando la armonía entre cuerpo y mente. y espíritu. fortalece a la persona que recibe cuidados, apoyando su desarrollo y realizando su potencial; ganando importancia en los cuidados de enfermería. Es importante conocer la percepción del paciente frente al cuidado profesional, como se muestra en la figura 21.

Figura 21. Dimensión Biofísica y Dimensión psicosocial



Nota. Tomado de Nivel de satisfacción del cuidado de enfermería según percepción del adulto postoperado, Servicio de Cirugía, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2019 de Mariños & Portalatino (2020) en repositorio digital de la Universidad del Santa (p.31)

De acuerdo con (Mariños & Portalatino, 2020) las dos dimensiones de un paciente, post operado se definen así:

- Dimensión biofísica:

Que se refiere a los aspectos biológicos y físicos completos, que integran la estructura somática de la persona con todos los procesos que conlleva su desarrollo, alimentación, descansos, procesamiento de energía, capacidades motrices y normas específicas de su capacidad etc.

- Dimensión psicosocial:

Comprenden las modificaciones sobre la percepción de sí mismo a consecuencia de los cambios en el proceso de recuperación durante el postoperatorio, ocasionando actitudes depresivas y de aislamiento (p.35)

Para Tarrillo (2022), las intervenciones de enfermería se corresponden con los tres niveles de prevención centrando sus cuidados en los aspectos biopsicosociales dejando de lado la dimensión espiritual de la persona a la que se prioriza cuidar con participación del equipo multidisciplinario para lograr un cuidado integral (p.56).

Cuidado humanizado

Es aquel que está posicionado en valores y principios, dirigido al campo sanitario. Es todo lo realizado por la enfermera para favorecer y preservar la salud, sanar la enfermedad y asegurar que el entorno fomente una salud adecuada y armoniosa, tanto en el ámbito físicos, como el social, psicológico y espiritual. (Paredes, 2021)p.23

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que la humanización es la interacción y soporte entre dos personas, dirigido a transformar y comprender la espiritualidad de la vida. Por todo ello, el cuidado humanizado se define como un proceso bidireccional que abarca una dimensión propia y personal, involucrando valores, principios, conocimiento, entrega y compromiso moral y espiritual entre la enfermera y la persona cuidada (Aponte & Cieza, 2023, p.33).

El cuidar en el campo de la enfermería requiere de conocimientos para la atención de la persona enferma. Por esto es que el enfermero profesional debe tener el perfil de persona capaz de producir tranquilidad, seguridad, confianza y apoyo efectivo (Paredes, 2021), algunas dimensiones del cuidado humanizado se describen en la tabla 29.

Tabla 29. Dimensiones del cuidado humanizado

Dimensiones del Cuidado Humanizado	
Dimensión	Cuidado
Fenomenológica	El alma, el cuerpo y el espíritu (las 3 esferas de la persona humana), comprende asimismo el conjunto total de la experiencia humana: pensamientos, sentimientos, creencias, ideas, expectativas personales, sensaciones somáticas, consideraciones acerca del ambiente y autopercepción
Interacción	Esta dimensión se basa en el cuidado transpersonal estudiado por Watson. Los factores contemplados son el vínculo entre el enfermero y paciente, la confianza, la ayuda y la tolerancia ante las manifestaciones de actitudes positivas o negativas
Científica	La enfermería cumple con una metodología y procesos que se basan en principios científicos. El cuidado que da el profesional de enfermería se fundamenta en pensamientos lógicos.
Necesidades humanas	La investigadora Jean Watson divide las necesidades por jerarquías: las de primer nivel son denominadas "biofísicas" y están relacionadas a la supervivencia (comer, dormir, etc.). Las necesidades de segundo orden son las psicofísicas (actividad, reposo, etc.). En el tercer orden están las denominadas psicosociales (logros y pertenencia) y, por último, las cuartas serían las interpersonales como la necesidad de realización

Nota. Información Tomada de Cuidado humanizado de enfermería y su relación con la satisfacción en pacientes post operados mediatos de cirugía convencional hospitalizados en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, Lima 2021 de Paredez (2021) en repositorio digital de la Universidad "Pedro Ruíz Gallo" (p.23)

Para Oliva & Ramos, (2022) Watson sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal (p. 28)

De manera similar, la enfermera Watson en su teoría sostiene que las emociones y acciones humanas y altruistas son un elemento importante en la ciencia y la ética de la enfermería porque forman la base de los cuidados de enfermería. La enfermería y la promoción de una mejor enfermería profesional a través del compromiso, la fe y la esperanza, son las bases del cuidado.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

XI

Cuidados de Enfermería en el paciente crítico médico - quirúrgico

Delia Georgina Bravo Bonoso

 <https://orcid.org/0000-0003-4787-8403>



Un paciente en estado crítico es una persona que tiene muy alteradas sus funciones vitales normales hasta estar en peligro de muerte. Estos pacientes debido a la gravedad necesitan cuidados enfermeros especiales, ya que se pueden presentar grandes complicaciones.

En primer lugar, es relevante mencionar a Torillo (2003)

El fin principal de la enfermera, es dar atención de calidad al paciente en estado comatoso, haciéndose consciente de sus necesidades, proporcionando, ante todo, los cuidados y tratamiento preventivo con prontitud y precisión para evitar complicaciones y ayudar a la supervivencia del paciente e integrarlo a su medio. (p. 14)

Donde la enfermería de cuidados críticos está enfocada a pacientes que se encuentran en una situación clínica crítica, es decir, aquella en la que se ven alteradas una o varias funciones vitales poniendo en riesgo su vida. Generalmente la unidad donde se llevan a cabo cuidados críticos es la Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Cuidados Críticos. Su principal objetivo es ayudar al paciente a enfrentar la enfermedad, el sufrimiento y lograr un óptimo nivel de salud. Cuando no es posible recuperar su salud, ayudan a las personas a vivir con la enfermedad enseñando técnicas, procedimientos, a controlar los signos y síntomas, guían al paciente por opciones que podrían guiar tanto a él como a su familia.

En el cual esos cuidados de enfermería deben aplicarse con la mayor precisión, rapidez y exactitud posible. El fin principal del enfermero o enfermera en la unidad de cuidados críticos es el de promocionar y proteger la salud del paciente a través de la valoración e identificación de factores de riesgo relacionados con el propio cuidado, para prevenirlos o evitarlos en la medida de lo posible. Además, se diferencian otros objetivos durante el ejercicio de sus funciones:

- Controlar los parámetros clínicos y hemodinámicos del paciente durante el tratamiento.
- Observar y registrar la respuesta del paciente a los cuidados críticos.
- Conocer la función de cada uno de los componentes del sistema.
- Interpretar el significado de los diferentes valores de monitorización referentes a cada paciente.
- Prevenir y detectar las complicaciones que se puedan desarrollar.

- Mantener la permeabilidad del filtro, líneas del circuito y catéteres.
- Identificar y actuar con rapidez ante las alarmas prioritarias más frecuentes

Atención general al paciente

Al prestar cuidados al paciente crítico consciente se debes poner especial atención a cuanto se refiere a la comunicación con él y al alivio de su ansiedad. La persona que ingresa en cuidados intensivos ha de depositar el control de sí mismo en los profesionales que le atienden, personas que le son desconocidas, por lo que pueden aparecer gran variedad de reacciones emocionales negativas, desde la ansiedad, miedo y hostilidad, hasta la agitación.

Al ingresar a la UCI, todo paciente debe recibir una explicación adecuada respecto a dónde se haya y por qué está allí, así como ser orientado con respecto al tiempo y las personas. Estos pacientes suponen que se encuentran más graves de lo que en realidad están al contemplar los complejos procedimientos diagnósticos a los que son sometidos y la gran cantidad de tecnología que les rodea.

Estas explicaciones debes extenderlas a los miembros de la familia, con el fin de crear un ambiente de confianza, pero sin abrumarles con un exceso de información.

Por otra parte, el ambiente de U.C.I. tiende a privar de su independencia al paciente, por lo que debemos velar por mantener el derecho a la intimidad personal, sobre todo durante los procedimientos y exploraciones.

De igual manera la higiene es muy importante, dado que, por lo general, los pacientes permanecen mucho tiempo en cama; presta especial atención al cuidado de la piel, ojos, boca y a la realización de ejercicios pasivos o activos según la evolución del paciente. En los hombres, el rasurado ayuda a mantener su imagen personal y autoestima.

Igualmente, la familia desempeña un papel fundamental de ayuda en la orientación del paciente. Muchos pacientes se sienten cómodos teniendo un familiar a su lado, mientras otros necesitan tener las visitas más limitadas. Debes evaluar la respuesta del paciente a las visitas y fijar los límites adecuados.

El dolor es tan importante como cualquiera de las constantes vitales; detecta con prontitud el dolor en el paciente y pon los medios para aliviarlo.

Asimismo, para todos los pacientes son importantes los periodos de reposo-sueño.

Actuación sobre el paciente

- Asegura a los pacientes que pueden tolerar cierto grado de insomnio sin consecuencias graves para su salud.
- Aborda y controla el dolor de forma eficaz y temprana.
- Dialoga con él para conocer y afrontar, en la medida de lo posible, sus preocupaciones y miedos.
- Busca la posición más cómoda para que duerma.
- Asegura o facilita las rutinas de sueño.
- Registra en la historia de enfermería sus hábitos de sueño y adapta, en la medida de lo posible, a sus preferencias personales de su contexto de sueño (ropa de cama, temperatura de la habitación, entre otras).

Actuación sobre el entorno

- Promueve una atmósfera en la cual el descanso sea posible, minimizando los estímulos, reduciendo la intensidad de la luz, bajando el sonido a los teléfonos y facilitando la intimidad.
- Saca el equipo que no sea necesario de la habitación del paciente ten a la vista del paciente un reloj, un calendario para que se oriente y si es posible, una ventana o luces suaves que le indiquen el ritmo día-noche.
- Ajusta las alarmas de monitores y otros aparatos a la realidad.
- Prevé las perfusiones intravenosas que se van a acabar para cambiarlas antes de que avise la bomba de infusión.

Alta de U.C.I., la preparación comienza tan pronto como se inicia la mejoría del paciente. Puede ser para el paciente y su familia una situación que genere ansiedad; por eso, debes explicarles que constituye un signo de progreso y mejoría.

Higiene del paciente

La higiene general del enfermo crítico se hace en turno de mañana y cada vez que las necesidades del paciente así lo requieran; es una intervención básica de enfermería que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que constituye una medida para luchar contra las infecciones. El momento del aseo del paciente es muy importante y, siempre que puedas, debes estar presente, ya que pueden producirse efectos adversos como hipotensión o hipertensión arterial, desaturación y desadaptación de la ventilación mecánica, hipertensión craneal, fibrilación auricular e incluso parada cardiorrespiratoria, eventos que deberás prevenir y actuar si aparecen; a su vez, permitirá valorar cómo está, por ejemplo, la piel del enfermo, las zonas de apoyo, entre otros.

Antes de comenzar la higiene debes:

- Valorar el estado hemodinámico del paciente y, en el caso de que exista inestabilidad hemodinámica, aplazar el aseo hasta que se consiga el control hemodinámico.
- Conseguir una óptima adaptación a la ventilación mecánica.
- Procurar la ausencia de dolor o que éste sea tolerable (para estos tres primeros objetivos es posible que tengas que modificar la velocidad de perfusiones de fármacos o administrar bolos de los mismos, siendo imprescindible que consultes con el intensivista responsable del enfermo o con el que esté de guardia).
- Planificar cuidadosamente el tipo de movilización que vas a realizar durante el aseo (según el diagnóstico, prescripción de restricción de movimientos, estado actual del paciente y medidas de soporte vital requeridas) y proveerte de los recursos materiales y personales necesarios para el cambio de ropa de cama; esta planificación previa te ayudará a evitar los eventos adversos derivados de la inadecuada movilización del paciente y la prolongación innecesaria del tiempo de aseo.
- Finalmente decirte que debes preservar la intimidad del paciente en todo momento, esté o no consciente.

Procedimiento

- Prepara el material, situándolo al lado de la cama del paciente y comprueba la temperatura del agua.

- Realizar un lavado higiénico de manos y ponte unos guantes desechables.
- Coloca al paciente en posición adecuada para iniciar el aseo, normalmente en decúbito supino.
- Retira las líneas de monitorización o tratamiento que puedan entorpecer el aseo del paciente y que no sean imprescindibles (manguito de presión arterial no invasiva, dispositivos para la prevención de úlceras por presión, accesorios para elevación de miembros inferiores o superiores, entre otros).
- Vigilar estrechamente las constantes hemodinámicas y el estado respiratorio del paciente durante todo el procedimiento de aseo.
- Enjabonar, aclara y seca por partes. Siempre que la piel del paciente lo tolere, para enjabonar lo más indicado es usar esponjillas desechables y frotar suavemente. Las esponjillas que entran en contacto con la piel del enfermo no deben ser sumergidas de nuevo en el agua del aseo con el objetivo de evitar la contaminación de ésta.
- Realiza el lavado desde las zonas más limpias a las menos limpias: ojos, cara (con agua sola, no uses jabón), orejas, cuello, brazos y axilas, manos, tórax y abdomen, parte anterior de extremidades inferiores y genitales:
 - Nariz: aspira secreciones nasales salvo orden en contra (traumatismo nasal o fractura de huesos nasales, taponamientos), retira el esparadrapo de la SNG, moviliza la misma para evitar decúbitos nasales y en el estómago, limpia restos de esparadrapo y pon uno limpio.
 - Orejas: limpia bien el pabellón auricular, pero no utilices bastoncillos ni hurgas en el interior; tampoco quites costras porque pueden sangrar en varones, el afeitado ayuda a mantener la autoimagen.

Antes de realizar la higiene en la región urogenital, observa si aparece en el meato urinario una secreción amarillenta o blancuzca. De ser así, comunícalo al intensivista para hacer un frotis; lava con jabón y agua templada, enjuaga y seca muy bien con una toalla.

- Moviliza al paciente a una postura que permita el aseo de la parte posterior del cuerpo y el cambio de ropa de cama siguiendo las recomendaciones que te hemos dado al principio. Los cambios de la ropa de cama tienen lugar en una de las tres posiciones que describimos a continuación:

- Decúbito lateral derecho/izquierdo: es la posición más usada para el cambio de ropa de cama. La elección del decúbito derecho o izquierdo se realiza siguiendo los criterios de estado respiratorio (atelectasia, entre otros.), lesiones en el paciente y número de dispositivos situados a cada lado de la cama.
 - Semifowler: el paciente se mantiene boca arriba y el cambio de ropa de cama tiene lugar desde la cabeza a los pies. Este tipo de movilización para el cambio de ropa de cama se usa en los pacientes con presiones intracraneales elevadas o inestables, estado respiratorio que no permite lateralizaciones, fractura de pelvis o cadera, fracturas costales, y siempre que lo consideres necesario en base al estado del paciente. En este caso son necesarios al menos dos celadores.
 - Decúbito supino: el paciente permanece tumbado en la cama, sin elevación de la cabecera y la movilización tiene lugar en bloque. Este tipo de movilización es imprescindible en pacientes que tengan lesiones medulares o vertebrales, grandes fracturas de pelvis con fijadores externos y, en general, cualquier tipo de patología que requiera una gran restricción de movimientos. Para la realización del cambio de la ropa de cama en decúbito supino es necesario que uses la grúa disponible en la unidad.
- Enjabona, aclara y seca la parte posterior. El orden adecuado es cuello, espalda, glúteos, parte posterior extremidades inferiores y región anal.
 - Cambiar la ropa de cama. Coloca la ropa sucia directamente en la bolsa destinada a tal fin, no dejándola nunca sobre el suelo ni sobre el mobiliario.
 - Aplica productos barrera en caso necesario, loción hidratante y ácidos grasos hiperoxigenados en los puntos de presión.
 - Acomoda al paciente en la postura más adecuada, asegurándote de que no quedan arrugas en la cama.
 - Desenreda el pelo si es posible y, cuando el/la paciente tenga el pelo largo, déjaselo recogido.
 - Perfuma la ropa de cama con colonia de baño si quieres, pero no apliques colonia directamente sobre la piel del paciente.

- Coloca las líneas de monitorización o tratamiento que has retirado para facilitar el aseo.
- Sube las barandillas de la cama para prevenir caídas accidentales.
- Recoge todo el material usado y la ropa sucia. Una vez limpia la pa-langana, hay que desinfectarla con lejía.
- Aplicate solución alcohólica en las manos.
- Registra en la historia de enfermería la técnica efectuada y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

Higiene y cuidados de los ojos

Los pacientes inconscientes, sedados o inmovilizados tienen un riesgo alto de presentar complicaciones oculares, que pueden abarcar desde infecciones leves de la conjuntiva hasta lesiones y úlceras graves de la córnea, por lo que dependen de la higiene y cuidados oculares realizados por el personal de enfermería, que van desde una limpieza sencilla del párpado, hasta la oclusión de los párpados.

La higiene y cuidados oculares debes realizarla con suavidad, evitando rozar la conjuntiva para prevenir úlceras y lesiones corneales; por la mañana se hace coincidir con el aseo diario del paciente, y a lo largo del día se debe realizar cada vez que la situación del paciente lo requiera.

Procedimiento

- Prepara el material y sitúalo al lado de la cama en una mesita auxiliar.
- Realiza un lavado higiénico de manos y ponte guantes desechables.
- Pon al paciente en decúbito supino si su estado lo permite. También se puede realizar dejando al paciente en semifowler y retirando la almohada de la cabeza. Si la situación del paciente lo permite, la cabeza debe quedar inclinada hacia atrás.
- Carga jeringas con suero fisiológico.
- Usa diferentes guantes, jeringas y gasas para cada ojo.
- Valora el estado de la superficie corneal, prestando especial atención a los signos de infección, irritación, hematomas, entre otros.

- Limpia los párpados y pestañas con suero fisiológico y gasa estéril.
- Separa los párpados con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra mano instila suero fisiológico en el interior del lagrimal, nunca dejándolo caer desde lo alto, ni directamente sobre la córnea o el globo ocular. El ojo se limpia desde el ángulo interno hacia el externo usando gasas diferentes para cada ojo.
- Cierra y abre los párpados suavemente y repite el lavado las veces que sea necesario.
- Cierra los párpados y seca con gasa estéril.
- Administra lágrimas o pomada oftalmológica epitelizante en el borde interno del párpado inferior, evitando que el dispensador roce la mucosa palpebral o la conjuntiva.
- Pon una gasa estéril sobre cada párpado. Los pacientes en coma, sedorrelajados o conectados a ventilación mecánica deben permanecer con los ojos cerrados a fin de evitar úlceras corneales.
- Recoloca y acomoda al paciente en la postura más adecuada.
- Recoge todo el material usado.
- Haz un lavado higiénico de manos.
- Si durante el procedimiento encuentras algún problema en el ojo, párpados, ... que no estaba descrito en la historia, comunícalo al médico.
- Registra en la historia de enfermería la técnica, el estado de la superficie corneal y cualquier incidencia que haya podido surgir durante su desempeño.

Movilización de los pacientes

Tanto para realizar la higiene a los pacientes como para hacerles cambios posturales (y disminuir así el riesgo de úlceras por presión), es necesario movilizarlos en la cama, movilización que ha de ser adecuada para evitar el agravamiento de las lesiones.

Como pasos previos a movilizar al paciente debemos:

- Reunir tanto personal sanitario como sea necesario según el tipo de lesiones, el cual se lavará las manos con solución alcohólica y utilizará los métodos de barrera adecuados a las condiciones del procedimiento a realizar.

- Informar al paciente de lo que vamos a hacer y de la importancia de su colaboración si está consciente.
- Valorar la necesidad de analgesia.

Dependiendo de las lesiones del paciente a movilizar procederemos de diferente manera:

- Pacientes con fracturas cervicales, dorsales y/o lumbares.
 - a. Cama en posición horizontal.
 - b. Movilización en bloque para lateralizarlo: mantener la alineación de cabeza, columna vertebral y miembros inferiores de la siguiente manera:
 - Una persona mantendrá la alineación y sujeción de la cabeza dirigiendo la maniobra.
 - Otra sujetará hombro y pelvis.
 - Una tercera cogerá por pelvis y rodillas, sin flexionar.
 - Al unísono se lateralizará al paciente
 - c. El paciente no se puede poner en posición fetal ni encoger la columna bajo ningún concepto.
 - d. El paciente puede y debe mover las piernas en la cama y realizar ejercicios activos isométricos, sin mover la columna, siempre que su estado de conciencia lo permita.
 - e. Las fracturas dorsales/lumbares suelen cursar con alteraciones en la motilidad intestinal, por lo tanto, las primeras 24/48 horas el paciente permanecerá a dieta absoluta y progresivamente aumentará la ingesta según se restablezca el tránsito intestinal. En caso de no poder lateralizar al paciente por fracturas asociadas (costales, volet costal, pélvicas, Entre otras...) se utilizará la grúa con cinchas.
- Pacientes con fracturas torácicas:
 - Fractura clavicular bilateral.
 - Fracturas costales bilaterales.
 - Volet costal.
 - Fractura de esternón

En los casos anteriores se movilizará al paciente de arriba abajo:

- Cama a 30°.
- Soltar y retirar ligeramente la sábana usada de la parte superior de la cama y sujetar la limpia al colchón.
- Se situará una persona a cada lado del paciente para elevar la cabeza y el tronco. Otras dos se situarán a los laterales de la cama e irán retirando la sábana usada a la vez que avanzan la limpia hasta llegar a la cintura.
- El personal que moviliza al paciente elevará las caderas y el resto progresará con las sábanas hasta completar el cambio.
- Fracturas unilaterales
- Cama en posición horizontal.
- La movilización se realizará lateralizando al paciente todo lo que éste tolere hacia el lado no afectado, y después ligeramente hacia el lado fracturado, quedando en decúbito supino con elevación del cabecero de la cama de 30°.
- Pacientes con fracturas pélvicas.
 - Estables o estabilizadas con fijadores externos:
 - a. Cama en posición horizontal.
 - b. Se moviliza al paciente en bloque, manteniendo los miembros inferiores paralelos con una almohada colocada a lo largo entre las piernas.
 - c. Una vez el paciente en decúbito supino, evitar la rotación externa de los miembros inferiores y la elevación del cabecero de la cama por encima de un ángulo de 45°.
 - Inestables:
 - a. Cama en posición horizontal.
 - b. Levantar al paciente en bandeja con grúa de cinchas y proceder a hacer la cama como si estuviera libre.
- Pacientes con fractura de cadera (cabeza, cuello y/o trocánter de fémur):
 - a. Cama en posición horizontal.
 - b. Se moviliza al paciente de arriba abajo.

- c. NO apoyar sobre el lado de la fractura.
 - Pacientes con fractura de fémur y miembros inferiores.
- a. Cama en posición horizontal.
- b. Se efectuará el cambio de cama movilizándolo al paciente de posición supino a decúbito lateral sobre el miembro fracturado.
- c. En las fracturas de fémur se eleva la pierna fracturada sobre una férula de Braun y se inserta una tracción esquelética (con agujas de Kirschner) o una tracción cutánea (con vendas). Ocasionalmente, según prescripción médica, se dejan la pierna sin férula sobre el plano de la cama.
- d. La función de las tracciones es alinear en lo posible el acabalgamiento del foco de fractura hasta la intervención quirúrgica. Durante la movilización

No se puede aflojar, descolgar ni modificar el efecto de la tracción; tampoco se deben hacer topes ni nudos en el hilo de la tracción que impidan su función.

Proceso de cuidado de enfermera

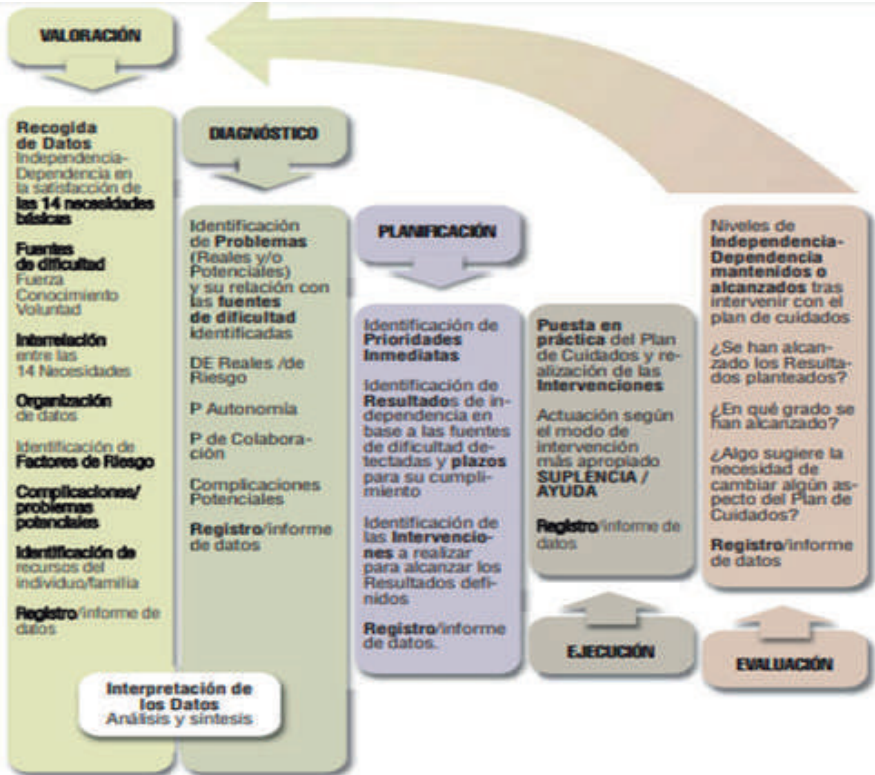
Es relevante mencionar a Hernández (2015), la cual explica que la relación existente entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero (PE) radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el Proceso Enfermero. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico, orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos. De este modo se identifican aquellos datos de interés para conocer la situación de dependencia que presenta el individuo en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual.

1. **Valoración:** se realiza una valoración de las necesidades del paciente. Implica la recogida de datos y su correspondiente validación. Se estructura la valoración desde la respuesta de la persona a las 14 necesidades de Virginia Henderson desde un enfoque físico, psicológico y social.
2. **Diagnóstico:** el diagnóstico de enfermería corresponde con la fase de interpretación de forma crítica de los resultados obtenidos durante

la valoración. Se extraen conclusiones en base a los datos recogidos. Se delimita el factor causal como fuente de dificultad (concepto del modelo conceptual de Virginia Henderson). Dicha fuente de dificultad puede ser de tipo fuerza, falta de recursos, falta de conocimientos o falta de voluntad. Es decir, se definen los problemas en base a las fuentes de dificultad identificadas.

3. **Planificación:** etapa de consenso en la que se establece con el paciente los objetivos o metas a alcanzar. Se establecen también las acciones del cuidador en función de la fuente de dificultad que presente el paciente. De este modo la persona cuidadora establecerá un enfoque de suplencia, ayuda o acompañamiento/supervisión en función del tipo de cuidado a realizar. Por lo tanto, se establecen los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultad detectadas.
4. **Ejecución:** consiste en ejecutar los cuidados, reevaluar al paciente y comunicar las estrategias de enfermería.
5. **Evaluación:** se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos. Se intenta conocer si se ha eliminado o reducido la fuente de dificultad mediante una valoración del paciente, de nuevo. Se identifica el nivel de dependencia o independencia alcanzado con el plan de cuidados.

Figura 22. Proceso enfermero



Nota: Adaptado de El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera, por Hernández (2015) en repositorio digital de la Universidad de Valladolid.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Capítulo

XII

*Abordaje psicológico
a pacientes quirúrgico*

Erick Ismael Álava Bravo

 <https://orcid.org/0000-0002-2328-2755>



Las intervenciones quirúrgicas condicionan con frecuencia la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión en el paciente que será sometido a la misma, que a veces imposibilita la realización de la cirugía, desde el punto de vista subjetivo, muchas de estas intervenciones pueden vivirse como agresiones, aunque técnicamente no se consideren como tales, por lo que se convierten en situaciones generadoras de un elevado nivel de estrés.

En el mismo orden de ideas, es relevante mencionar a Ramírez (2015), la cual expone:

toda intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana de la persona, de la familia o también la repetición de una experiencia cargada de afectividad que pudo haber sido desagradable, esto constituye una amenaza a la integridad física y familiar.

A esto podemos sumarle la incertidumbre derivada del desconocimiento, lo que puede propiciar representaciones distorsionadas o exageradas que aumenta la posibilidad de síntomas de ansiedad, depresión, ira, y que se manifiesten mecanismos ineficientes de autorregulación de la persona.

Donde el estrés rompe el equilibrio neuroendocrino y retrasa la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas. Las personas más estresadas son más susceptibles de experimentar trastornos del sueño y esto se relaciona con la secreción de la hormona de crecimiento, que también facilita la cicatrización de las heridas.

Por su parte la intensidad de estos sucesos va a depender, entre otros, de los siguientes factores:

- Las características de la enfermedad que se intenta tratar quirúrgicamente. Por ejemplo, si se trata de una enfermedad muy grave puede llegar a verse la cirugía como una salida deseable.
- La percepción que tiene el enfermo respecto a la gravedad y dificultad de acontecimiento quirúrgico.
- Las expectativas de éxito que el paciente piensa que existen.

De igual manera estos acontecimientos van a generar en algunas personas diversas secuelas psicopatológicas.

Donde también podemos mencionar las causas de la ansiedad en el paciente quirúrgico:

- El riesgo intrínseco que implica toda intervención quirúrgica que requiere anestesia general, sobre todo si son intervenciones delicadas (trasplantes de órganos, cirugías cardíacas, entre otros).
- La incertidumbre por no saber si la operación resolverá el problema. Por ejemplo, cuando se operan determinados tumores con alta probabilidad de que después se reproduzcan.
- El temor de quedar peor tras la operación, es decir, a que surjan complicaciones que puedan provocar la muerte del paciente o bien una invalidez física o psíquica permanente.
- La incontrollabilidad de la situación, es decir, la incapacidad del paciente por resolver por sí mismo su enfermedad, cuya solución terapéutica requiere unos métodos y técnicas de las que desconoce su fundamento, eficacia y riesgo.

Al igual que la ansiedad diversos temores suelen aparecer en la fase preoperatoria. Los más frecuentes son los siguientes:

- Temor a la anestesia, que está relacionado con el temor de no volver a despertar, temor a despertar antes de que termine la operación, o a que este empiece antes de estar anestesiados.
- Preocupación por la pérdida de autonomía personal y dependencia de otros.
- Preocupación por la soledad, la separación del hogar y la atención que se recibirá durante la hospitalización.
- Temor a la muerte por el mismo riesgo del procedimiento.
- Temor al dolor, a la enfermedad y a las propias capacidades para resistirlo.
- Preocupación por el coste económico derivado de la intervención y de la hospitalización.
- Preocupación por la habilidad y conocimiento del cirujano.
- Preocupación por el día y la hora de la operación.
- Temor a la pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo.
- Preocupación por el tratamiento quirúrgico y la recuperación posoperatoria.

Mientras que la presencia de la ansiedad y los temores son más habituales en la fase preoperatoria, la depresión, en cambio, tiende a aparecer en la fase postoperatoria, especialmente en los pacientes intervenidos de cara y cuello. Con frecuencia estas personas se verán afectadas tanto por la propia enfermedad como por la intervención.

Las funciones que suelen ser alteradas son las implicadas en las relaciones sociales como son el habla, la ingesta, la audición, la expresión facial entre otras. Los pacientes pueden no reconocerse al mirarse al espejo, sentirse con una apariencia extraña y percibir el rechazo de los demás. Esto los llevará a un progresivo aislamiento de sus relaciones sociales, familiares y a la perpetuación de los estados depresivos.

Una variable a tener en cuenta y que interfiere negativamente en la recuperación de los estados depresivos es aquella que hace referencia a los factores que rodean el entorno hospitalario. En este sentido, resulta perjudicial para los pacientes la arquitectura y decoración de los hospitales, las dietas aburridas e insípidas, el reposo obligatorio tras ciertas intervenciones, el ritmo de visitas, tanto si es excesivo y desordenado como si es muy restringido, el compartir la habitación con enfermos más graves, el fallecimiento de algún compañero de la planta o habitación donde se halla el paciente, etc.

Las alteraciones de la imagen corporal son una de las complicaciones posoperatorias más frecuentes en la cirugía estética. Los pacientes tienen dificultades para identificarse con la nueva imagen, principalmente si la zona intervenida es el rostro. En ocasiones esto puede generar trastornos de despersonalización.

Frente a todo esto se requiere por lo tanto para su manejo, una adecuada adaptación psicológica que juega un papel vital en el periodo pre y el postquirúrgico, en el intento de perpetuar el éxito del tratamiento, desde su diagnóstico quirúrgico hasta su resolución.

Recomendaciones de apoyo al paciente quirúrgico

Etapa Inicial

- Todo comienza en el preoperatorio, aquí el profesional brinda información sobre el procedimiento médico, es cuando la persona debe recibir la información adecuada, justa sobre el procedimiento y sus sensaciones.

- Se estimula a la expresión de dudas y preguntas, la confianza con el equipo médico y la participación de la persona es un elemento activo de este proceso.
- Sentirse acompañado incrementa la confianza.
- Hay que resolver los miedos, expresarlos no tener reparo a preguntar, aclarando las dudas.
- Establecer una comunicación efectiva entre ambos (profesional y paciente) mejora la comprensión, dispuestos a escucharse con atención y respeto.
- Hacer sugerencias directas sobre expectativas positivas de recuperación tanto en relación con el estado psicológico como el fisiológico.
- Enseñar y aprender técnicas de respiración – relajación practicándolas a diario apoyados en el uso del biofeedback y combinarlas con técnicas de imaginación y visualización.
- Realizar la reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico.

Son técnicas encaminadas a desarrollar el sentido de autocontrol, estimular la recuperación física, disminuir la ansiedad conjuntamente con sus mecanismos fisiológicos, endocrinos, metabólicos, manejar el dolor, alejar la atención de la persona de las fuentes de estrés.

- Buena comunicación entre familiares.
- La intervención se lleva a cabo sólo con el consentimiento de la persona.

Etapa operatoria

- Al entrar en el quirófano se recibe a la persona con todo el cariño posible.
- Es un lugar donde diferentes profesionales cubiertas las caras con mascarillas no paran de realizar tareas; puede ser un momento confuso pero la finalidad de ese trabajo es que todo se lleve a cabo con sumo cuidado y perfección, de ahí una estricta organización. Hay también mucho instrumental y aparataje, todo para la misma finalidad.
- La persona que llega es la protagonista y toda gira en torno a ella.

Etapa postoperatoria

- Tras la intervención se facilitan requerimientos analgésicos para aliviar el dolor.
- A medida que la persona mejora y se alivian todas sus molestias, se deben aprender una serie de técnicas y formas de autocuidados para una pronta recuperación.
- Ejercicios de imaginación sobre la curación de la herida.
- El optimismo mejora la calidad de vida.

Aspectos psicológicos y cuidados de enfermería del paciente quirúrgico en el preoperatorio

Preoperatorio: esta etapa comprende desde que se decide la cirugía hasta su inicio.

La asistencia de enfermería influye en la experiencia peri-operatoria del paciente, por lo que se debe valorar la respuesta fisiológica y psicológica del paciente.

Valoración del paciente quirúrgico

Primera fase del proceso enfermero, que a través de una entrevista planificada y con un método para realizarla con la paciente y la familia, obtendrá información del conocimiento de la intervención y de su estado de salud físico y psíquico.

Se conocerá la información previa que posee el paciente, es decir, qué conocimiento tiene sobre: lo que se le va hacer, la causa, los resultados y las posibles complicaciones potenciales. También valorara información referida a pérdidas y cambios que le supone y lo que el paciente puede hacer para afrontarlo. Además, es importante que la enfermera conozca la existencia de información errónea. Se indagará sobre el significado de la enfermedad, de la intervención e intentar conocer cómo vive el paciente, el proceso quirúrgico y el significado que tiene para él. Si existen experiencias previas deberán ser valoradas con aspectos positivos y negativos. En relación a los sentimientos y pensamientos del paciente es importante conocer sus temores (miedo a la anestesia, al dolor, a la incapacidad, alteración de la imagen corporal...), para planificar la información y el apoyo que se le deba dar.

Principales diagnósticos enfermeros en el preoperatorio

- **Afrontamiento individual ineficaz:** relacionado con la hospitalización y la intervención que se va a realizar, con la disminución de la autoestima y el desamparo e impotencia ante la situación.
- **Ansiedad:** relacionada con la intervención y los cambios que supone.
- **Dolor:** relacionado con malestar físico o psíquico.
- **Alteración del patrón del sueño:** relacionado con la ansiedad, la hospitalización y el dolor.
- **Temor:** relacionado con la pérdida de una parte o función del cuerpo, con la hospitalización, con la cirugía y sus resultados o con la falta de conocimiento.

Principales objetivos e intervenciones de enfermería en el preoperatorio

- Fomentar el sueño: el objetivo de esta intervención será que el paciente recupere su patrón de sueño habitual, para ello debemos identificar los factores que influyen de forma negativa en el sueño y así promover actividades que ayuden a mantener el sueño de forma adecuada.
- Terapia de relajación: con el objetivo de disminuir las tensiones y ansiedad del proceso.
- Enseñanza prequirúrgica: con el objetivo de ayudar al paciente a comprender y a prepararse psicológicamente para la cirugía y para el periodo de recuperación.
- Disminución de la ansiedad: identificando primero las causas (conductuales, afectivas, fisiológicas y cognitivas), con el objetivo de conseguir la verbalización de los acontecimientos generadores de la ansiedad y así promover actividades para su reducción (técnicas de relajación, control de la ansiedad y factores estresantes).
- Apoyo y asesoramiento: con el objetivo de aumentar su seguridad, aceptación y ánimo en los diferentes momentos del proceso quirúrgico.

Aspectos psicológicos y cuidados de enfermería del paciente quirúrgico en el postoperatorio

Postoperatorio: proceso comprendido desde la finalización de la cirugía hasta el alta del paciente. Consta de tres fases: postoperatorio inmediato, mediano y alejado.

Cuidados postoperatorios: conjunto de actividades que garanticen la seguridad del paciente, que incluyen la profilaxis, identificación y tratamiento de complicaciones que aparezcan tras el proceso quirúrgico.

Valoración del paciente

Además de la valoración fisiológica y neurológica del paciente (registros vitales), se deberá recoger información sobre:

- Sentimientos y pensamientos del paciente tras la cirugía con el objetivo de conocer su estado psicológico y ver su capacidad para afrontar la nueva situación.
- Impacto de la enfermedad y de la intervención, realizando una valoración de la existencia de implicaciones laborales (baja temporal o por invalidez), de implicaciones familiares (cambios en el rol, en modificaciones en el estilo de vida, dependencia de otros miembros...) y del grado de dependencia o independencia tras el tratamiento quirúrgico.
- Habilidades de adaptación: valoración de la competencia del paciente en las situaciones de crisis y las estrategias de afrontamiento y de adaptación que posee.

Será importante conocer cómo ha resuelto crisis anteriores para conocer su capacidad de respuesta y las habilidades familiares.

- Evaluación del dolor: para poder ajustar analgesia y conocer su tolerancia al dolor.
- Recursos de apoyo: valorar su existencia y su magnitud tras la operación, además conocer el tipo de ayuda que dan (emocional, económica, física...)

Principales diagnósticos enfermeros en el paciente postoperado

- **Confusión aguda:** relacionada con los efectos secundarios de la anestesia, con la agitación, agresividad y alteración de conciencia.
- **Dolor:** físico (relacionado con la cirugía) y psíquico (relacionado con estrés y alteraciones del sueño...).

- **Alteración en el mantenimiento de la salud:** relacionado con la pérdida de independencia o alteración de la propia imagen.
- **Alteración de los patrones de sexualidad:** relacionados con cambios corporales, impotencia o percepción de sí mismo alterada.
- **Ansiedad y temor:** relacionado con la pérdida de rol o de las funciones que debe llevar a cabo para desempeñarlo, en su salud, en sus relaciones, su autoconcepto, su entorno; atraviesa una crisis situacional y sufre un alto grado de estrés.
- **Alteración de la imagen corporal:** relacionado con la cirugía, con la pérdida de parte o función del cuerpo.
- **Riesgo de síndrome postraumático:** superación o no del proceso del duelo.
- **Riesgo de infección / control del riesgo de infección.**
- **Deterioro de la interacción social:** relacionado con el aislamiento terapéutico, con interacción ineficaz con los compañeros, familia y amigos, además de malestar en situaciones de verbalización.
- **Afrontamiento inefectivo:** relacionado con tendencia al aislamiento, tristeza, falta de iniciativa, falta de verbalización de sentimientos y temores, inseguridad, alteraciones del sueño e incluso conducta autolítica.

Principales objetivos e intervenciones de enfermería en el postoperatorio

- **Disminución de la ansiedad (paciente y familia):** con el objetivo de reducir la ansiedad del proceso y de la estancia postoperatoria
- **Manejo del dolor:** con el objetivo de que el paciente sea capaz de expresar y reconocer el comienzo, los factores causales de su dolor y la reducción o desaparición de este.
- **Control de infecciones:** con el objetivo de reducir la aparición de ellas.
- **Manejo ambiental:** manipulación del entorno del paciente para facilitar su comodidad, con el objetivo de evitar interrupciones, ruidos, limitar visitas y enseñar a la familia proporcionar un ambiente tranquilo.
- **Aumento del afrontamiento:** con el objetivo de aumentar la capacidad de afrontamiento a través de dar información sobre el proceso, el tratamiento, los sentimientos, la toma de decisiones y enseñar a identificar estrategias positivas para adaptarse al nuevo rol.

- **Asesoramiento:** con el objetivo de proporcionar información y enseñanza a el paciente y a la familia en materia de cuidados y técnicas para llegar a una completa recuperación. Además, se le informara de la existencia de grupos de apoyo y de las diferentes alternativas que haya.
- **Potenciación de la imagen corporal:** con el objetivo de mejorar las percepciones y actitudes del paciente hacia su nueva imagen corporal.
- **Apoyo en la autoestima y apoyo emocional:** ayudar al paciente a expresar su estado emocional, a identificar sentimientos de culpa, de frustración, de ira o rabia, con el objetivo de proporcionar apoyo durante todo el proceso y ayuda en la toma de decisiones.
- **Aumentar los sistemas de apoyo:** facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad, explicándoles de qué manera pueden ayudar.

Dentro de todos los problemas que pueden aparecer en el paciente quirúrgico durante el postoperatorio, el dolor es uno de los que mayor repercusión tiene en el proceso y donde la intervención de enfermería debe ser de especial importancia.

El Profesional de la psicología como apoyo

El rol del psicólogo con el paciente, tanto antes como después de la intervención, constituye un elemento esencial para favorecer a una buena evolución del paciente después de la cirugía.

El paciente debe estar preparado psicológicamente, ya que hasta que éste no sea consciente de la necesidad de la operación y deposite su seguridad en el equipo médico y en sí mismo, será peligroso que pasase por el quirófano.

Antes de la cirugía:

Evaluación inicial para determinar la capacidad para cumplir con los cambios en el estilo de vida.

Psicoeducación con el fin de prepararlo para estos cambios y disponer de expectativas realistas sobre los resultados del procedimiento al que se quiere someter.

Trabajar la motivación y adhesión a cambios en estilos de vida.

Tener conocimiento de factores ambientales, sociales, familiares y conductuales que influyen en su condición.

Una vez concluida la intervención quirúrgica, sería necesario continuar con el asesoramiento psicológico, conociendo de primera mano las sensaciones del paciente y viendo si realmente se muestra satisfecho con los resultados obtenidos. Aunque parezca extraño, existen personas que a pesar de la operación no acaban por sentirse orgullosos y felices por el cambio experimentado en su cuerpo. En estos casos habrá que intensificar las labores psicológicas.

Para esta sea de buena evolución es recomendable un acompañamiento multidisciplinario entre otros tienen que estar en coordinación para garantizar un acompañamiento al paciente a todos los niveles. Por lo tanto, un acompañamiento psicológico permitirá mantener los cambios de hábitos, así como dotará de estrategias al paciente para aumentar las probabilidades de éxito de la cirugía corto y largo plazo.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Conclusiones



Recordando que la naturaleza de la enfermería es el cuidado, la dirección responsable del personal de enfermería en las instituciones sanitarias debe, como gerentes, tomar medidas para apoyar el desarrollo de las habilidades personales y técnicas del personal de enfermería, sin olvidar la dimensión interpersonal y técnica en las que se desenvuelve el cuidado de enfermería.

Por lo tanto, la ética del cuidado está estrechamente relacionada con la profesión de enfermería responsable del cuidado formal de las personas y comunidades, por lo que es importante reflexionar sobre el espacio de las emociones en la enfermería convencional, sabiendo que el cuidado íntimo es importante y necesario. y la singularidad del carácter social de la profesión.

Desde el punto de vista ético, la enseñanza de valores, códigos de deberes, principios éticos y bioética son de fundamental importancia para el ejercicio profesional. El cuidado de las personas y la capacidad de tomar decisiones que tengan en cuenta sus derechos, respeten su autonomía y reconozcan sus creencias y contextos es parte de la ética, así como de la responsabilidad de actuar responsable, siempre basada en la ética profesional.

También es propicio resaltar, la importancia de crear una base de datos para mantener un registro digital que refleje el trabajo realizado y el apoyo brindado. Evitar discrepancias clínicas entre especialistas y mejorar la organización. Esto aumentará la eficiencia y reducirá la cantidad de errores causados por factores humanos.

En definitiva, cuidar no se trata sólo de sanar a través de procedimientos, sino también de hacer un esfuerzo por sanar a la persona que se cuida, cultivando el “cuidar sanando” a través de acciones amorosas que creen felicidad total, es decir, encontrar la armonía entre cuerpo, mente y espíritu fortaleciendo a la persona que recibe cuidados, apoyando su desarrollo ganando importancia en los cuidados de enfermería.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

Referencias



- Alonso, A. (2017). Información y percepción de los profesionales sanitarios involucrados en el cuidado quirúrgico intraoperatorio acerca de la enfermera de anestesia. Tenerife: Universidad de la Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6442/Informacion%20y%20percepcion%20de%20los%20profesionales%20sanitarios%20involucrados%20en%20el%20cuidado%20quirurgico%20intraoperatorio%20acerca%20de%20la%20enfermeria%20de%20anestesia..pdf>
- Anaya, L., Franco, W., & Pérez, M. (2021). Diseño de Listas de Planeación de Insumos Médico Quirúrgicos en los Diferentes Procedimientos Quirúrgicos por Especialidades en una Clínica de Tercer Nivel en Municipio de Piedecuesta. Bucaramanga: Universidad de Santander. <https://repositorio.udesa.edu.co/server/api/core/bitstreams/cc302733-8924-4380-a635-19846c6e7eb9/content>
- Aponte, P., & Cieza, D. (2023). Cuidado enfermero humanizado a personas adultas percibido por internos de enfermería en un hospital del Ministerio de Salud- Lambayeque 2022. Lambayeque: Universidad Nacional “Pedro Ruíz Gallo”. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/11797>
- Arévalo, Y., Chisag, M., & Abril, R. (2023). Gestión del cuidado enfermero y su rol en las prácticas preprofesionales. MQR Investigar, 7(3), 3561-3588. <https://doi.org/https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.3561-3588>
- Arias, M. (2022). Plan de intervención en el control y monitoreo de las infecciones asociadas a sitio quirúrgico en el hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral – Lima, 2022. El Callao- Perú: Universidad nacional del Callao. <http://hdl.handle.net/20.500.12952/6899>
- Barbosa, R., Morán, F., Mata, L., Sagrera, C., Montoya, L., & Marañón, N. (2021). Disciplina y prevención del riesgo de infección en el bloque quirúrgico. Quironsalud, 1-14. <https://www.teknon.es/es/actualidad-32fc1/nuevo-vestuario-desechable-area-quirurgica.ficheros/2092494-Disciplina%20y%20prevencio%CC%81n%20del%20riesgo%20de%20infeccio%CC%81n%20en%20el%20bloque%20quiru%CC%81rgico.pdf>
- Benavides, P., & Ramírez, M. (2023). Actualización del protocolo de Valoración Preoperatoria del Hospital Nacional de Geriatria. San José de Costa Rica : Universidad de Costa Rica. <https://hdl.handle.net/10669/89477>
- Bozzo, S., Arancibia, C., Pérez, L., Contreras, D., & Silva, I. (2020). Reanimación cardiopulmonar del adulto. Santiago de Chile: Universidad de Chile. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Reanimacion-cardiopulmonar-del-adulto.pdf>

- Cachi, F. (2022). Atención al paciente con COVID-19 en el bloque quirúrgico por el profesional de quirófano de la Clínica PROSALUD durante el segundo trimestre 2021. La Paz- Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/29167>
- Casanova, P. (2021). Generalidades para el cuidado enfermero en el examen de habilitación profesional de enfermería. Jipijapa- Manabi: Universidad Estatal del sur de Manabi. <https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4618/1/TESIS%20Paola%20Lisseth%20Casanova%20Chamba.pdf>
- Castilla, L. (2020). Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida. Bogotá- Colombia: Universidad EAN. <http://hdl.handle.net/10882/10322>
- Castro, P. (2022). Principales complicaciones postoperatorias en una Unidad de Reanimación de un hospital de tercer nivel. SAN Cristobal de la Laguna : Universidad de La Laguna. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28531>
- Coelembier, C., & Fellahi, J. (2020). Monitorización hemodinámica del paciente en cirugía no cardíaca. EMC - Anestesia-Reanimación, 46(3), 1-15. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(20\)43986-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1280-4703(20)43986-6)
- Collado, M. (2023). Implantación de la enfermera de práctica avanzada en anestesia en España. Castelló- España: Universidad de Jaume. https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/203808/TFG_2023_Collado_Sanchis_Marina.pdf?sequence=1
- Collantes, D., & Clavo, V. (2020). Satisfacción del paciente hospitalizado frente al cuidado enfermero. Facsalud, 4(7), 11-22. <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1217/1152>
- Cortés, M., Athié, J., Morales, J., Alva, N., & Saucedo, E. (2021). Uso de la monitorización de profundidad anestésica. Acta Med Grupo Angeles, 19(2), 190-194. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.35366/100441>
- Cueva, F., & Moyano, C. (2019). Características de la evaluación prequirúrgica en el Hospital de Especialidades “Carlos Andrade Marín” durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2017 y su capacidad para prevenir eventos clínicos adversos durante postoperatorio inmediato. Quito: Universidad Pontificia católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16475>

- De Aquino, J. (2020). Satisfacción del paciente de la valoración preanestésica en pacientes hospitalizados en la unidad médica de alta especialidad "manuel ávila camacho. Puebla de Saragoza: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/ebb82911-0c1c-44c9-8b08-65da1cfab896/content>
- De Rosa, R., Iribarren, R., & Vila, C. (2020). Atención de enfermería a la persona que precisa una monitorización hemodinámica invasiva. En R. De Rosa, C. Olivé, & M. Lamoglia, *Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería*. Barcelona: Elsevier. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RVjwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA298&dq=Monitorizaci%C3%B3n+y+control+del+paciente+quir%C3%BArgico&ots=r-g21u5rCnc&sig=Zv-uF4wY2JGlm22-RD_DGwEnUqc#v=onepage&q=Monitorizaci%C3%B3n%20y%20control%20del%20paciente%20quir%C3%B
- Fernández, A. (2019). Simulación y optimización de la ventilación en un bloque quirúrgico durante la apertura de puertas. Valladolid: Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/37884>
- Fernández, Y., Sarduy, M., & Sarduy, A. (2023). Especialización de enfermería en anestesiología y reanimación como necesidad formativa en Cuba. *Revista de Enfermería Neurológica*, 22(1), 5-16. <https://doi.org/DOI.10.51422/ren.v22i1.380>
- Figuerado, N., Ramirez, M., Nurczyk, S., & Diaz, V. (2019). Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 22-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>
- Galán, V. (2020). Aspectos legales de la instrumentación quirúrgica en Colombia. *Dixi Revista*, 22(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.16925/2357-5891.2020.02.03>
- García, K. (2018). La gestión del cuidado de enfermería en el marco de la renovación en la atención primaria en salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales E.D. C.A. <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/1186>
- García, L., & Llopis, Á. (2021). La ética de la virtud para lograr la excelencia en el cuidado enfermero. *Cultura de los cuidados*, 25(60), 48-62. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.05>

-
- García, M. (2022). Limpieza y descontaminación de material e instrumental médico-quirúrgico. Madrid: Sede. <https://afam.org.ar/wp-content/uploads/libro-desinfeccion-y-lavado-mercedes-2022.pdf>
- García, Y. (2022). Diseño de las Instalaciones de un Quirófano Híbrido. Madrid- España: Universidad Pontifica Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/66704>
- Gómez, L. (2022). Cuidados de enfermería y medidas preventivas frente a la hipotermia en el intraoperatorio. Lima- Perú: Universidad Peruana San Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13472/Cuidados_GomezCruz_Luisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gómez, N., & Gutiérrez, P. (2023). Importancia de la valoración de enfermería en la monitorización hemodinámica del paciente crítico en uci. Ambato-Ecuador: Universidad regional autonoma de Los Andes. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16638>
- Gómez, R. (2019). La investigación en enfermería quirúrgica: de la técnica a la humanización de la asistencia. Nure Investigacion, 16(99). file:///C:/Users/OPTIPLEX%209020/Downloads/Dialnet-LaInvestigacionEnEnfermeriaQuirurgica-7125324.pdf
- González, A., Álvarez, S., Esther, I., Rodríguez, G., Oliva, E., Arredondo, O., . . . Gutiérrez, Z. (2022). Taxonomías NANDA, NOC, NIC: Proceso enfermero en salud ocupacional. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 23(2), 24-32. <https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsy/article/view/273>
- González, M. (2021). Propuesta de una ficha de evaluación preanestésica especial para pacientes braquiocefálicos. Valencia- España: Universidad Católica de Valencia. <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/1847>
- Guerrero, A. (2022). Rol de enfermería en la seguridad de pacientes postquirúrgico. Jipijapa- Ecuador: Universidad Estatal del sur de Manabí. <https://doi.org/http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/4138>
- Guía, M. (2019). Enfermería: evolución, arte, disciplina, ciencia y profesión. Revista de investigacion en salud ViVe, 2(4), 33-41. <https://doi.org/https://doi.org/10.33996/revistavive.v2i4.22>
- Gutiérrez, M., Morales, R., & Valverde, S. (2023). Generalidades de sepsis del sitio quirúrgico. Revista medica Sinergia, 8(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v8i4.1023>

- Hernández Martín, C. (2015). El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf?sequence=1>
- Hernández, C. (2022). Gestión del área quirúrgica hospitalaria. Perspectivas directiva y asistencial. *Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud.*, 1(6), 1-13. <https://doi.org/doi: 10.5944/gaps.2022.00006>
- Hernández, I., Esparza, S., & Reyes, A. (2020). Eficacia de un modelo de prevención de infección de sitio quirúrgico en un hospital de segundo nivel de atención. *Index de Enfermería*, 29(1), 9-12.
- Kunze, S. (2017). Evaluación preoperatoria en el siglo XXI. *Revista medica clinica Los Condes*, 28(5), 661-670. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.07.010>
- Lara, M. (2021). Satisfacción de la valoración pre-anestésica por parte del derechohabiente del centro médico issemym ecatepec. Toluca: Universidad Autonoma del Estado de Mexico. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/111505>
- León, N., Martínez, M., & Guardado, M. (2020). Ambiente limpio en el quirófano y descontaminación de instrumentos quirúrgicos en ortopedia. *Orthotips amot*, 16(1), 16-23. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.35366/93512>
- Lluna, Á. (2020). Mejora en la seguridad del paciente quirúrgico en el Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia- España: Universidad de Murcia. <http://hdl.handle.net/10201/99587>
- Marin, S., & Pazmiño, T. (2022). Visita domiciliaria: Su impacto en la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Ateneo*, 21(1), 109-122. <http://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/187>
- Mariños, I., & Portalatino, K. (2020). Nivel de satisfacción del cuidado de enfermería según percepción del adulto postoperado, Servicio de Cirugía, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2019. Nuevo Chimbote- Perú: Universidad del Santa. <https://hdl.handle.net/20.500.14278/3621>
- Martín, E., Lázaro, A., Perú, M., & Larrea, M. (2023). Cultura de Seguridad Quirúrgica en Cuba, gestión y desarrollo. I jornada científica de profesores de la educacion medica (págs. 1-11). La Habana: Universidad Ciencias Medica de la habana. <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jprofesores2023/jprofesores2023/paper/viewFile/567/877>

- Mateos, A. (2020). Cumplimiento del protocolo de cirugía segura en el área quirúrgica del Hospital de san Marcos Guerrero, antes y después de una intervención educativa. Chilpancingo de los Bravo: Universidad Autónoma de Guerrero. <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/2568>
- Mauricio, F. (2021). Los Flujos de Circulación y la Organización Espacial, Hospital Regional de Ayacucho. Huancayo- Perú: Universidad Peruana Los Andes. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/2601>
- Meléndez, I., Camero, Y., Álvarez, A., & Osorio, E. (2018). La instrumentación quirúrgica: su relación con la enfermería actual. REvista Conecta Libertad, 2(1), 11-21. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/66>
- Méndez, A., Morales, F., & Cruz, A. (2019). El cuidado enfermero como elemento de la satisfacción del paciente. Conamed, 24(2), 87-90. <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/conamed/2019/con192.pdf#page=37>
- Miranda, K., Rodríguez, Y., & Cajachagua, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enfermería Universitaria, 16(4), 374-389. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
- Molano, P., Mejía, L., Gomez, J., Gonzalez, V. M., & Cuellar, K. (2020). Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos. Revista de Salud Pública, 22(5), 513-520. <https://doi.org/https://doi.org/10.15446/rsap.V22n5.90114>
- Morales, M., Mesa, I., Ramírez, A., & Pesántez, M. (2021). Conducta ética del profesional de enfermería en el cuidado directo al paciente hospitalizado: Revisión sistemática. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 40(3), 264-273. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.5039424>
- Nuñez, S., Ramírez, P., Gil, M., Abarca, M., & Solís, J. (2023). El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores., 2(82). <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3555/3507>

- Oliva, M., & Ramos, L. (2022). Calidad del cuidado de Enfermería a la persona mayor institucionalizada: una mirada desde la teoría de Jean Watson. *Montería - 2022*. Montería- Córdoba: Universidad de Córdoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/6551>
- Olmos, N., & Gempeler, F. (2022). Reanimación cardiopulmonar. Cuando el corazón para ¿reanimar o acompañar? *Universitas Medica*, 63(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/javeriana.umed63-1.rcra>
- Orellana, J. (2022). Acreditación de funcionamiento de sistemas de un bloque Quirúrgico. Tegucigalpa- Honduras: Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC. <https://repositorio.unitec.edu/xmlui/handle/123456789/12263>
- Paredes, N. (2021). Cuidado humanizado de enfermería y su relación con la satisfacción en pacientes post operados mediatos de cirugía convencional hospitalizados en el servicio de cirugía general del hospital Santa Rosa, Lima 2021. Lima- Perú: Universidad privada Norbert Wiener. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5243>
- Penas, J., & Santa, Y. (2019). Percepción de los pacientes frente al cuidado enfermero en un Centro de Hemodiálisis Privado – Chiclayo, 2017. *Lambayeque: Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”*. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/4364>
- Peña, C., Meza, J., & Martínez, Y. (2021). Manejo integral de la reanimación en el paciente con hemorragia crítica: reanimación de control de daños. *Medicina Critica*, 35(4), 200-205. <https://doi.org/doi:10.35366/101159>
- Pérez, K. (2019). Mejoramiento de la gestión del bloque quirúrgico del Departamento de Cirugía del Hospital Pablo Tobón Uribe. *Medellin- Colombia: Universidad de Antioquia*. <https://hdl.handle.net/10495/14383>
- Pico, A., & Vega, N. (2023). La comunicación del riesgo en cirugía: Un proceso por mejorar. *Revista colombiana de cirugía*, 38, 600-609. <https://doi.org/https://doi.org/10.30944/20117582.2265>
- Poblete, M., Correa, M., Aguilera, P., & González, J. (2019). Valores profesionales de enfermería en el posmodernismo: una revisión sistemática. *Acta bioethica*, 25(2), 243-252. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2019000200243>

- Pulgarin, C. (2019). Generalidades de la medicina crítica o intensivista. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*, 3(2), 376-394. <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/345/359>
- Ramirez, A. (9 de marzo de 2015). Apoyo psicológico al paciente quirúrgico. *Organizacion Mundial de la Salud*: <https://blogmaternoinfantil.wordpress.com/2015/03/09/apoyo-psicologico-al-paciente-quirurgico/>
- Ramos, F., Rodríguez, C., Cabello, A., & Martínez, J. (2022). Control postoperatorio tras el alta en CMA. *Cirugía Andaluza*, 33(4). file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ControlPostoperatorioTrasElAltaEnCMA-8910885.pdf
- Rea, M., & Arteaga, M. (2021). Conocimiento sobre la metodología nanda, nic y noc en el personal de enfermería del hospital básico Guaranda-Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Ecuador. *Redieluz*, 11(2), 46-54. https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Polanco-2/publication/358351657_Fitoplancton_asociado_a_un_floramiento_de_Ruppia_maritima_en_el_sistema_del_lago_de_Maracaibo_Venezuela/links/61fd2cf4007fb50447363059/Fitoplancton-asociado-a-un-floramiento-de-Ru
- Reimundo, E., Cedeño, S., Ramírez, T., & Villalobos, M. R. (2022). Dilemas éticos en enfermería desde una reflexión multicéntrica. *Cuiciencia y Cuidado*, 19(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.22463/17949831.3292>
- Reyes, L. (2022). Percepción de los pacientes sobre la valoración preanestésica y el rol del anesestesiólogo en un hospital de III nivel en Bogotá Colombia. Bogotá- Colombia: Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80926>
- Rovira, C. (2022). Evaluación de la monitorización del dolor, la sedación y el delirium en una uci. Universidad de Jaume. <http://hdl.handle.net/10234/198906>
- Ruiz, L., & Molina, L. (2018). Cuidado humanizado del profesional de enfermería. *CINA RESEARCH*, 2(1), 39-45. <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/87>
- Ruíz, M., Ramos, S., Jiménez, R., Forcen, P., Berdascas, M., & Quilez, G. (2022). Instrumental Quirúrgico. *Ocronos*, 5(10), 53. <https://revistamedica.com/instrumental-quirurgico/>

- Ruíz, S., & Llauradó, J. (2021). "BENEFICIOS DEL ROL DE LA ENFERMERA DE ANESTESIA EN LA CIRUGÍA ROBÓTICA DE REPARACIÓN DE LA VÁLVULA MITRAL". Congreso Internacional virtual de la sociedad española de enfermería en cirugía (págs. 1-2). Sociedad Española de Enfermería en Cirugía. https://www.seecir.es/images/CongresoVirtual2021/Trabajos/Formato/P09_Formato.pdf
- Saénz, D., Carrizosa, D., Balderrama, C., De la Torre, A., & Aguirre, F. (2020). Criterios Ergonómicos para el Diseño de Quirófanos. *Revista mexicana de ingeniería biomedica*, 41(1), 80-90. <https://doi.org/dx.doi.org/10.17488/RMIB.41.1.6>
- San Martín, V., & Rivas, E. (2020). Enfermeras anestesisistas años 1970 a 1980, hospitales terciarios: rol del profesional. *South Florida Journal of Health*, 2(2), 175-182. <https://doi.org/DOI:10.46981/sfjhw2n2-001>
- Sánchez, M., Sánchez, M., García, E., & Garcés, M. (2020). Aspectos esenciales durante la reanimación del volumen intravascular en pacientes politraumatizados. *medwave*, 20(3). <http://viejo.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/7879.act?ver=sindisenio>
- Sánchez, O., González, Y., Hernández, C., & Cabo, E. (2014). Manual de instrumental. *Medisur*, 12(5), 37. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2662>
- Santa, M., & Valderrama, C. (2023). Nivel de conocimiento de las funciones de enfermería en centro quirúrgico y desempeño laboral, Hospital alta complejidad Essalud 2021. Trujillo- Perú: Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/10629>
- Serra, M. (2023). Cuidados de enfermería para aumentar el confort postoperatorio: revisión crítica de la literatura. Castelló- España: Universidad de Jaume. <http://hdl.handle.net/10234/203835>
- Sosa, C., & Viera, M. (2019). Cuidado enfermero para la trascendencia de la persona como ser humano – Servicio de Cirugía Hospital MINSAs – Chiclayo 2018. Lambayeque: Universidad Nacional " Pedro Ruíz Gallo". <https://hdl.handle.net/20.500.12893/4657>
- Sosa, L., Carmona, C., Plaín, C., Aguiar, C., Rodríguez, E., & Gómez, E. (2020). Paro cardiorrespiratorio hospitalario: un desafío en la actualidad. *Corsalud*, 12(1), 114-116. <https://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/corsalud/corsalud2020/corsalud2020r.pdf>

- Tarrillo, L. T. (2022). Cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliar en un centro de salud de la Victoria 2019. Lambayeque: UNiversidad Nacional "Pedro Ruíz Gallo". <https://hdl.handle.net/20.500.12893/10181>
- Torillo Muciño, A. &. (2003). Cuidados de enfermería a pacientes en estado crítico. *Revista del Hospital General "La Quebrada"*, 2(1), 14-17. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quebra/lq-2003/lq031d.pdf>
- Valenzuela, J. (2022). Diseño e implementación de áreas quirúrgicas divididas en 3 secciones (área negra - área gris - área blanca) para animales de compañía, en predios del Programa de Medicina Veterinaria y Zootecnia dentro del Centro Experimental de Cota Cota. La Paz- Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/31925>
- Varela, L., Vidal, L., Borja, F., Ventosa, G., Navas, E., Hidalgo, I., . . . López, J. (2020). Estimación de la mortalidad quirúrgica de la endocarditis infecciosa: comparación de las diferentes escalas específicas de cálculo de riesgo. *Cirugía Cardiovascular*, 27(3), 93-99. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.06.002>
- Vargas, A., & Martínez, N. (2021). Importancia de la normatividad y gestión hospitalaria para bloques quirúrgicos en Honduras. *Innovare*, 10(2), 109-111. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/innovare.v10i2.12271>
- Vasquez, G., León, G., Clavero, J., & Encalada, G. (2021). Cuidado humanizado de enfermería en la atención de pacientes ingresados en los hospitales públicos de la ciudad de Milagro -Ecuador. *Mediciencias Uta*, 6(1), 55-68. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.31243/mdc.uta.v6i1.1563.2022>
- Velásquez, S. (2020). Valor predictivo de la calculadora de riesgo ACS NSQIP de complicaciones postoperatorias en pacientes geriátricos intervenidos de cirugía abdominal en la UMAE 14. Veracruz: Universidad Veracruzana. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/52211/VelazquezMerlosSandra.pdf?sequence=1>
- Vidal, P. (2022). Diseño de un soporte para el instrumental quirúrgico de uso frecuente dentro del pabellón quirúrgico para cirugía de columna. Santiago de Chile: Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/191842>

- Wilches, J. (2021). Física en las Ciencias de la Salud: una necesidad apremiante. *Duazary*, 18(1), 3-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.21676/2389783X.3818>
- Yañez, K., Rivas, E., & Campillay, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 3-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>
- Zabaleta, H. (2023). Proceso de limpieza y desinfección del instrumental quirúrgico por el profesional de enfermería, Unidad Quirofano Hospital Materno Infantil, La Paz tercer trimestre 2022. La Paz- Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/32682>
- Zambrano, N. (2022). Central de esterilización el corazón que hace latir al quirófano. *Revista Venezolana de Enfermería*, 9(1), 58-62. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_venf/article/view/24792
- Zambrano, R. (2020). Ética y bioética en Enfermería. En M. Bermeo, & I. Pardo, *De la Etica a la Biotetica Ciencias de la Salud* (pág. 340). Santiago de Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali. <https://books.scielo.org/id/trn8b/pdf/bermeo-9786287501638.pdf#page=176>
- Zambrano, R., Macias, A., & Solorzano, S. (septiembre- diciembre de 2019). Fundamento pedagógico del cuidado humano en la práctica de enfermería. *Revista Digital de Postgrado*, 8(3), e183. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/101/101778008/101778008.pdf>

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**

con una mirada humanista



Publicado en Ecuador
Noviembre 2023

Edición realizada desde el mes de junio del 2023 hasta
septiembre del año 2023, en los talleres Editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.

1^{ra} Edición

Enfermería

atención **Medico-Quirúrgica**
con una mirada humanista

AUTORES-INVESTIGADORES



María José
Alay García



Doris Susana
Delgado Bernal



Cristina Monserrate
Pisco Soledispa



Edwin Damián
Rodríguez Delgado



Alexandra Mariana
Anchundia López



Yandry José
Cifuentes Velásquez



Silvia Lorena
Balarezo Cedeño



Martha María
Quijije Castro



Tatiana Alejandra
Villavicencio García



Nataly Daniela
Pachay Pachay



Della Georgina
Bravo Bonoso



Erick Ismael
Álava Bravo

ISBN: 978-9942-622-83-9



Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

ENFERMERÍA ATENCIÓN MEDICO QUIRÚRGICA CON UNA MIRADA HUMANISTA

